

Aus der Frauenklinik der Freien Universität Berlin
(Städtische Frauenklinik Charlottenburg)

Direktor: Prof. Dr. med. Herbert Lax

Sozialmedizinische Aspekte der Schwangerenvorsorge

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Nanna Bleek

aus Hoberge

1972

Aus der Frauenklinik der Freien Universität Berlin
(Städtische Frauenklinik Charlottenburg)

Direktor: Prof. Dr. med. Herbert Lax

Sozialmedizinische Aspekte der Schwangerenvorsorge

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Nanna Bleek

aus Hoberge

Referent: Professor Dr.med.Hartmut H o f f b a u e r

Korreferent: Professor Dr.med.Dr.rer.nat.Günter F u c h s



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 25. 2. 1972

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
1. Einleitung	3
2. Anmerkungen zur Methode	6
3. Zur sozialen Situation der Befragten	11
3.1 Krankenversicherung	11
3.2 Berufstätigkeit der Frauen	12
3.3 Das Alter der Frauen und Geburtszeiten	15
3.4 Parität	16
3.5 Alter der ältesten Kinder der Befragten	17
3.6 Kindergarten und Schule	18
3.7 Wohnungssituation	21
3.8 Nachbarschafts- und Familiensolidarität	21
3.8.1 Nachbarschaftshilfe	22
3.8.2 Familienhilfe	26
4. Schwangerschaftsvorsorge	32
4.1 Wahl der medizinischen Betreuung während der Schwangerschaft	33
4.2 Allgemeine Informationsschwierigkeiten	35
4.2.1 Die Schwangerenberatung als Begriff	35
4.2.2 Information über die Vorsorge	36
5. Die Vorsorge in der Frauenklinik	38
5.1 Motivation für Aufsuchen oder Fernbleiben	38
5.1.1 Der Weg zur Vorsorge	44
5.2 Der allgemeine Eindruck der Beratungsstelle auf die Frauen	46
5.3 Die Mütterschule (Säuglingskurs)	50
5.4 Die Schwangerengymnastik in der Frauenklinik	50
5.5 Die Beratungsstelle der Fürsorge in der Frauenklinik	52
5.5.1 Informationsstand über Rechte und Verordnungen zugunsten der werdenden Mütter und Besuch der Fürsorgerin	52

	<u>Seite</u>
5.5.2 Das Gespräch mit der Fürsorgerin	54
5.5.3 Die Informationsaufgabe der Fürsorgerin	55
6. Informationsprobleme im Laienkommunikationssystem	57
6.1 Schwangerschaft, Mutterschaft: Verhalten, Informationsschwierigkeiten	57
6.2 Schwangerschaft, Mutterschaft: Der biologische Vorgang, Informationsschwierigkeiten	59
 E x k u r s :	
7. Schwangerschaftsverhütung und Kinderwunsch	64
7.1 Kinderwunsch	64
7.2 Schwangerschaftsverhütung	65
7.3 Beratungsstelle für Familienplanung	68
8. Das Arzt-Patient-Verhältnis in der Vorsorge	70
8.1 Kommunikationsschwierigkeiten in der Vorsorge	70
8.2 Weitere das Arzt-Patient-Verhältnis in der Vorsorge belastende Faktoren	77
8.3 Der frei praktizierende Arzt als scheinbare Alternative	80
8.4 Schlußfolgerungen	82
9. Zusammenfassung	84
Anhang: Fragebogen	91
Literaturverzeichnis	108

E i n l e i t u n g

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist das Problem einer optimalen Schwangerschaftsvorsorge und die Frage nach Hilfeleistungen und Orientierungshilfen, die die werdenden Mütter außerhalb der Institution Schwangerschaftsvorsorge erhalten. Es wurden Hilfsorganisationen des Staates wie Kindergärten untersucht, ebenso die berufliche Situation der schwangeren Frauen und ihre Beziehungen zu Nachbarschaft und Familie. Hier wurden besonders solche Kontakte, die auf Hilfeleistungen abzielten, berücksichtigt.

Im weiteren wurde versucht darzustellen, wie die Schwangeren die Institution "Schwangerenvorsorge" benutzen, und wie dieser Gebrauch durch den sozialen Kontext, in dem die Schwangere steht, beeinflußt wird.

Es soll nicht die medizinisch-fachliche Leistung dieser Institution im Mittelpunkt der Untersuchung stehen, sondern das "Bild", das sich die Patientinnen von dieser machen. Dieses "Bild", d.h. die subjektive Wahrnehmung einer objektiven Situation (hier: der Institution, ihrer Mitglieder und ihrer Leistungen) ist bereits durch die sozialen Beziehungen der Patientinnen und durch die Öffentlichkeitsarbeit der Institutionen und der Massenmedien strukturiert. Es bestimmt wesentlich das manifeste Verhalten der Patientinnen gegenüber den medizinischen Institutionen und damit auch den medizinischen Erfolg in bezug auf Diagnostik und Therapie.

Die wichtigsten, die Untersuchung leitenden Fragestellungen sind:

Werden bestimmte Verhaltensweisen während der Schwangerschaft, in der Vorsorge und außerhalb dieser, primär durch soziale Faktoren (z.B. Schichtzugehörigkeit) vorbestimmt, wirken die Institution der öffentlichen Vorsorge, die Beratung durch einen freipraktizierenden Arzt bzw. der soziale Kontext auf

alle werdenden Mütter in gleicher Richtung? Wie sind diese Bereiche in ihrer Wirkung auf das Verhalten dieser Frauen miteinander verknüpft?

Welche Hilfseinrichtungen können das Verhalten von Schwangeren beeinflussen, welche Rolle spielen Wissensstand, Informationsmöglichkeiten und Kommunikationsprozesse der Frauen über die Vorsorge und den biologischen Vorgang der Schwangerschaft?

Das Problem der Information und Kommunikation wurde besonders am Beispiel des Arzt-Patient-Verhältnisses und dem außerhalb der Institution Vorsorge bestehenden "Laienkommunikationssystems"¹⁾ entwickelt.

Dieser soziologische Ansatz zur Analyse der Wahrnehmung und der Nutzung einer medizinischen Einrichtung wie der Schwangerenvorsorge ist notwendig, um den Ärzten zu helfen, ihre oft auf den organischen Bereich beschränkte Wahrnehmung der Patientinnen zu erweitern. Dies impliziert einen erweiterten Krankheitsbegriff (im Sinne der Definition der WHO²⁾), der neben der physischen Betreuung der werdenden Mütter auch die psychischen und sozialen Probleme, die den Erfolg der medizinischen Arbeit mitbestimmen, einschließt.

Die vorliegende Untersuchung soll zudem zur kritischen Überprüfung der Vorstellung von autonom und eigenverantwortlich handelnden Patienten und Ärzten beitragen. Es ist das Ziel dieser Arbeit, Einstellungen, die sozialen und psychischen Bestimmungsfaktoren von subjektiver Wahrnehmung und Verhaltensweisen zu ermitteln, die für Änderungen in der Organisation der Schwangerenvorsorge sowie für die Beeinflussung des

1) vgl. M. PFLANZ (27), S.283 ff.

2) vgl. dazu aus der Präambel der WHO-Satzung: "Health is a state of complete physical mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity."

Verhaltens der werdenden Mütter relevant sind. Das so gewonnene Material soll helfen, die praktische Anwendung eines im obigen Sinne erweiterten Krankheitsbegriffes zu ermöglichen, und so eine optimale Versorgung in der Schangerschaft zu erreichen.

2. Anmerkungen zur Methode

Zur Beschreibung der Befragtengruppe

Die Befragtengruppe wurde als Stichprobe von Frauen der Wochenstation der Universitäts-Frauenklinik Berlin (Städt. Frauenklinik Charlottenburg) gewonnen. Sie umfaßte 120 Frauen, die nach einem Zufallssystem ausgewählt wurden und am dritten oder vierten Tag nach ihrer Entbindung mit Hilfe eines Interviewleitfadens in einem je einstündigen Gespräch im Februar und März 1969 befragt wurden.

Das Zufallssystem

Der Interviewer bemühte sich, an den jeweiligen Interviewtagen alle Frauen zu befragen, die vor drei bzw. vier Tagen entbunden hatten. War die Zahl größer als sechs, so wurde jede zweite Frau befragt. Hierbei wurden die Aufzeichnungen der Hebammen zugrunde gelegt.

Ausfälle

Durch Ausfälle reduzierte sich die Gruppe auf 115 Frauen: Zwei Frauen verweigerten ein Interview. Drei Frauen waren ledige Mütter, auf deren Sonderprobleme im Fragebogen nicht eingegangen worden war, und die deshalb ausgeschlossen wurden.

Erweitert wurde die Gruppe durch weitere 25 Frauen, die in dem gleichen Zeitraum in der Schwangerenberatungsstelle der Klinik befragt wurden. Diese Gruppe verkleinerte sich durch Ausfälle (3 Frauen verweigerten ein Interview) auf 22 Frauen. Ein besonderes Auswahlverfahren wurde bei dieser Gruppe nicht angewandt.

Die Gruppe der Befragten, deren Aussagen ausgewertet wurden,

umfaßte damit 137 Frauen.

Das sind 6,4 % der Monatsdurchschnittsrate für Geburten der Stadt West-Berlin in den Monaten Februar und März. Die Berechnung erfolgte mit Hilfe der Geburtenzahlen des statistischen Landesamtes für Berlin für die Jahrgänge 1966, 1967 und 1968. (Die Zahlen geben nur die Lebendgeborenen an.)

Monat	1966	1967	1968
Februar	2013	2056	2027
März	2295	2334	2176

Die Monatsdurchschnittsrate für diesen Zeitraum von drei Jahren beträgt: 2150,1 Lebendgeborene.

Verallgemeinerungen der Ergebnisse auf den Bereich Westberlins können aufgrund methodischer Überlegungen nicht als empirisch gesichert gelten: Die Befragtengruppe wurde zwar als Zufallsauswahl aus der Gesamtzahl der in der Universitäts-Frauenklinik in diesem Zeitraum entbindenden Mütter befragt und ist für diese repräsentativ; die Gruppe kann jedoch nicht als Zufallsstichprobe für Westberlin gelten, weil andere Krankenhäuser andere soziale Einzugsbereiche haben, die in einer Repräsentativstichprobe anteilig berücksichtigt werden müßten.

Die Anlage der Studie als Einzelfallstudie mindert jedoch nicht den Wert der bei der Datenanalyse gefundenen Zusammenhänge. So dient die Studie in ihrer relativ einfachen methodischen Anlage vor allem der Problemerklerung im Sinne einer pilot-study, die Grundlagen für Untersuchungen mit größerer statistischer Reichweite liefern kann.

Der Fragebogen

Der Konstruktion des Fragebogens waren Intensivinterviews mit 10 werdenden Müttern in der Schwangerenberatungsstelle der Klinik vorausgegangen; in diesen Vorinterviews konnten

die Dimensionen der Fragestellung präzisiert und die Rohfassung des Fragebogens einer groben Gültigkeitsprüfung unterworfen werden. (Ein Muster des benutzten Fragebogens befindet sich im Anhang.)

Die in den Interviews gewonnenen Informationen wurden kodiert, verlocht und maschinell ausgezählt.¹⁾ Anschließend wurden sie nach soziologischen Kriterien ausgewertet.²⁾ Es wurde versucht, möglichst die wichtigsten der bisher verfügbaren medizin-soziologischen Arbeiten zu diesem Themenkreis zu berücksichtigen.

Auswertung

Der Auswertung der Interviews wurden drei Zählungen zugrunde gelegt:

1. Die Grundauszählung ergab Aufschlüsse über die einfache Häufigkeitsverteilung aller erhobenen Merkmale.
2. Der zweiten Auszählung lag das in Frage 39 des Fragebogens erhobene Verhalten, die Auswahl des behandelnden Arztes betreffend, als Differenzierungsmerkmal, also unabhängige Variable, zugrunde.
3. Als weiteres Kriterium wurde die Schichtzugehörigkeit der Befragten einer gesonderten Auszählung zugrundegelegt und mit den übrigen Merkmalen korreliert.

zu 3. Schichtzugehörigkeit

Die Zuordnung der Schichtzugehörigkeit geschah mit Hilfe eines Schichtindexes. Dieser Index wurde aus den folgenden Indikatoren gebildet:³⁾

-
- 1) mit Hilfe einer "electronic statistic machine" IBM 101
 - 2) Eine Signifikanzberechnung der Tabellen (χ^2 -Test) wurde nicht vorgenommen, sie wäre wegen der Mehrfachnennungen in diesen nicht sinnvoll.
 - 3) vgl. z.B. R.MAYNTZ (17) und M.JANOWITZ (10)

1. Beruf des Mannes
2. Beruf der Frau
3. Gemeinsames Einkommen
4. Schul- und Ausbildung des Mannes
5. Schul- und Ausbildung der Frau

Die Kategorien der Fragen 1, 2, 5, 6 und 7 des Fragebogens wurden zu Hilfe gezogen.

Der Indikator 1 "Beruf des Mannes" wurde wie folgt bewertet:¹⁾

Wertung

- | | |
|-------|---|
| - 3 - | o Arbeiter |
| | 1 ausführender Angestellter |
| | 2 Facharbeiter |
| - 6 - | 3 qualifizierter Angestellter und Lehrlinge |
| | 4 Beamter im einfachen und mittleren Dienst
Kleinstbetrieb |
| | 5 höchstqualifizierter Facharbeiter |
| - 9 - | 6 leitender Angestellter
Beamter im gehobenen Dienst |
| | 7 Selbständiger |
| | 8 Akademische Berufe |
| | 9 Industrieller und Kaufmann |
| | x Student |

Der Indikator 2 "Beruf der Frau" wurde etwas geringer eingestuft.²⁾

Die Kategorien o - 2 wurden mit - 2 - bewertet, die Kategorien 3 - 5 wurden mit - 4 - bewertet, die Kategorien 6 - x erhielten den Wert - 6 - .

Die zusätzliche Kategorie y "Ehefrau" erhielt ebenfalls - 2 - Punkte.

1) siehe R.MAYNTZ (17), S.56 f. sowie S.95 (Anmerkungen 1 und 2)

2) vgl. dazu T.PARSONS (26)

Indikator 3, das Einkommen, erhielt folgende Punkte:

Wertung

- 1 - bis 500
- 2 - 500 - 700
- 3 - 700 - 900
- 4 - 900 - 1200
- 5 - 1200 - 1500
- 6 - 1500 - 1800
- 7 - 1800 - 2000
- 8 - über 2000

Indikator 4, "Bildung des Mannes" wurde folgendermaßen bewertet:

Wertung

- 3 - Volksschule
- 4 - Volksschule und Lehre
- 5 - mittlere Reife
Fachschule
- 7 - Abitur ohne Studium
Hochschule ohne Abschluß
- 9 - Hochschule mit Abschluß

Indikator 5, "Bildung der Frau" wurde wiederum anders eingestuft:

Wertung

- 1 - Volksschule
- 2 - Volksschule und Lehre
- 3 - mittlere Reife
Fachschule
- 5 - Abitur ohne Studium
Hochschule ohne Abschluß
- 7 - Hochschule mit Abschluß

Für jede Befragte wurde die Summe aus den "Wertungs"zahlen

gebildet. Es ergab sich eine bestimmte Häufigkeitsverteilung, nach der die Schichteinteilung vorgenommen wurde:¹⁾

Summe	Schicht	Anzahl
10 bis 17 Punkte	Unterschicht (abgekürzt US)	33
18 bis 23 Punkte	untere Mittelschicht (UMS)	34
24 bis 29 Punkte	obere Mittelschicht (OMS)	43
30 bis 40 Punkte	Oberschicht (OS)	<u>27</u>
		137

Bei dieser Einteilung folgte die Grenzziehung zwischen den Schichten nicht nur einem soziologischen Vorverständnis, aus dem heraus auch die Wertung der einzelnen Elemente des Indexes vollzogen worden war, sondern auch arbeitstechnischen Überlegungen: differenzierte Auszählungen sind nur mit annähernd gleichgroß besetzten Gruppen möglich.

Dieses Schichtungsmodell ist nur eines von vielen denkbaren Schichtungsmodellen der Gesellschaft.²⁾ Ob sich aus dem vorliegenden Modell tatsächlich schichtspezifische Verhaltensweisen ergeben, muß die Korrelationsanalyse zeigen.

3. Zur sozialen Situation der Befragten

3.1 Krankenversicherung

Die Befragten waren wie aus der Tabelle ersichtlich versichert:

-
- 1) siehe dazu R.MAYNTZ (17) S.56 f. sowie S.95 (Anmerkung 1 und 2)
 - 2) vgl. Kölner Zeitschr.f.Sociologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 5, 1961 (8)

Versicherungsform	Anzahl	US	UMS	OMS	OS
Gesetzlich	106	32	30	27	17
gesetzlich und privat	15	1	2	10	2
gesetzlich mit Beihilfe	6	-	1	4	1
privat mit/ohne Beihilfe	4				4
andere (freiwillige)	5			2	3
keine	1		1		
	137				

Nahezu alle Angehörigen der US sind nur gesetzlich versichert, wohingegen ein Drittel der OS und OMS auch andere Versicherungsformen benutzt.

3.2 Berufstätigkeit der Frauen

Die folgende Tabelle gibt Auskunft über die Berufstätigkeit der Frauen:¹⁾

Berufstätigkeit	Anzahl
bisher kein Beruf	7
nur bis zur Heirat Beruf	19
nur bis 1.Schwangerschaft Beruf, regelmäßig oder unregelmäßig	65
nach 1.Schwangerschaft Berufstätigkeit beabsichtigt	41
nach 1.Geburt bis zum 2.Kind wieder gearbeitet	13
andere	3
	148

Die Frauen tendieren dazu, bis zur Geburt des ersten bzw. zweiten Kindes zu arbeiten. Schichtspezifische Unterschiede ergaben sich nicht.

Ein Kind ist offenbar kein Grund für die Aufgabe des Berufes.

1) wegen Doppelnennungen Gesamtzahl größer als 137

Die Motivationsanalyse könnte zeigen, ob sich hier ein emanzipatorischer Prozeß vom Druck der Gesellschaft vollzieht, die die Rolle der Frau noch immer konservativ interpretiert (Haushaltsführung, Kindergebären, dekorativ sein etc.), ja die berufstätige Mutter oft sogar als verantwortungslos hinstellt.¹⁾

Motivation für Berufstätigkeit nach Heirat

Motivation	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
finanzielle Gründe	53	18	13	17	5
Ehemann war dafür	4	-	2	1	1
zu Hause nicht ausgelastet	7	1	4	1	1
Ausbildungsbeendigung	11	2	-	7	2
Freude am Beruf	28	1	2	15	10
Summe ²⁾	103	22	21	41	19

18 der arbeitenden (oder der, die gearbeitet haben) 22 Frauen der US,

13 der berufstätigen (oder ehemals berufstätigen) 21 Frauen der UMS

arbeiten aus finanziellen Gründen, dagegen nur eine bzw. zwei Frauen aus Freude an ihrem Beruf. Diese Frauen begeben sich nur gezwungenermaßen aus ihrer traditionellen Hausfrauenrolle heraus, ihre Doppelrolle gibt ihnen nicht das Gefühl größerer Selbständigkeit, sie sind bloße "Mitverdiener". Bei dem geringen Ausbildungsstand (Volksschule, Lehre) dieser Frauen und den geringen Aufstiegschancen in relativ unqualifizierten Berufen (einfache Arbeiter und ausführende Angestellte) wird dies verständlich.³⁾

1) vgl.: Gesamtbericht über den 63.Deutschen Fürsorgetag (22)

2) einige Frauen arbeiteten nach ihrer Heirat nicht, siehe Tab. S.12, außerdem dort Mehrfachnennungen

3) siehe dazu: Karin SCHRADER-KLEBERT (34) Kap.4, und: Sozialisation und kompensatorische Erziehung (35), ebenso: W. EDELSTEIN (5)

In der OMS arbeiten oder arbeiteten 15 von 34 Frauen aus Freude am Beruf, 17 aus finanziellen Gründen. In der OS sind es nur noch 5 von 17, während 10 von 17 angeben, daß sie aus Freude am Beruf arbeiten.

Der höhere Ausbildungsgrad dieser Frauen (mittlere- und Fachschulreife, Abitur und Universität) wird ihnen einen attraktiveren, interessanteren Beruf ermöglichen.

11 Frauen befanden sich noch in der Ausbildung und wollten diese beenden, 6 waren Studentinnen.

In diesen Gruppen scheint mehr Selbstbewußtsein, der Versuch, die traditionelle Rolle zu sprengen, vorhanden zu sein.

Motivation für Berufsaufgabe nach Heirat

Motivation	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
Berufsaufgabe, Wunsch des Mannes	19	1	10	6	2
Wunsch, ausschließlich für Familie da zu sein	38	7	14	9	8
Berufsaufgabe wegen Überlastung im Haushalt	11	6	2	2	1
Summe	68	14	26	17	11

Bei der Analyse der Motive, die zur Aufgabe des Berufs führen, erweist sich die UMS als am stärksten vom Wunsch des Ehemannes abhängige Gruppe. Allerdings ist in allen Schichten der Wunsch, ausschließlich für die Familie da zu sein, die stärkste Motivation für die Berufsaufgabe.

Die Frauen der US geben häufiger das Argument "Überlastung im Haushalt" an, verständlicherweise, da in dieser Schicht der Befragtengruppe die kinderreichen Familien sind (s.S.16).

Diese Ergebnisse lassen bereits erkennen, daß verstärkte Hilfeleistung von seiten des Staates erforderlich ist, z.B.: Verbesserung der Ausbildung, Herstellung von Chancengleichheit,

Wandlung der Berufsstruktur (Halbtagsarbeit, Teilzeitbeschäftigung o.ä.), vermehrte institutionelle Hilfe für die überlasteten Frauen.

3.3 Das Alter der Frauen und Geburtszeiten

Das Alter der Befragten ist aus der folgenden Tabelle ersichtlich:

Alter	Anzahl
16 - 20 Jahre	19
21 - 25 Jahre	29
26 - 30 Jahre	53
31 - 35 Jahre	29
über 35 Jahre	7
Summe	137

Ein Vergleich mit den Zahlen der Jahresstatistik der Universitäts-Frauenklinik aus dem Jahre 1965 zeigt eine ähnliche Häufigkeitsverteilung der beiden Merkmale

Alter	Untersuchung		Frauenklinik	
16 - 20 Jahre	19	13,2 %	228	8,9 %
21 - 25 Jahre	29	21,2 %	948	37,0 %
26 - 30 Jahre	53	39,3 %	838	32,7 %
31 - 35 Jahre	29	21,2 %	362	14,1 %
über 35 Jahre	7	5,1 %	187	7,3 %
Summe	137	100,0 %	2563	100,0 %

Das Alter mit der häufigsten Geburtenzahl verteilte sich schichtabhängig:

Schicht	bis 20 Jahre	21 - 25 Jahre	26 - 30 Jahre	31 - 35 Jahre	über 35 J.	gesamt
US	10	6	8	5	4	33
UMS	5	10	15	4	-	34
OMS	3	8	19	12	1	43
OS	1	5	11	8	2	27
Summe	19	29	53	29	7	137

Die Angehörigen der US heiraten relativ früh, bekommen früher ihre Kinder (10 von 33 bis zum 20. Lebensjahr), sie gebären auch noch im 36. - 40. Lebensjahr. Hierauf wird später noch eingegangen.

In der UMS werden die meisten Kinder (25 von 34) zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr der Mütter geboren.

In der OMS und OS verschiebt sich der Zeitpunkt der häufigsten Geburten noch einmal um 5 Jahre. (31 von 43 bzw. 19 von 27 gebären im 25. bis 35. Lebensjahr.)

Dieses spätere Gebäralter der OMS und OS läßt sich mit dem zunehmenden Interesse an Ausbildung und Beruf in Zusammenhang bringen, die oben erläuterte Situation der US-Frauen kann zur Erklärung des früheren Geburtsalters beitragen.

3.4 Parität

Lebendgeburten

Parität	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
1 Kind	74	16	18	29	11
2 Kinder	33	6	9	8	10
3 Kinder	14	4	4	3	3
4 und mehr Kinder	9	7	2		
Summe ¹⁾	130	33	33	40	24

74 Frauen brachten ihr erstes, 33 das zweite und 14 Frauen das dritte Kind zur Welt; 9 Frauen, sämtlich Angehörige der US und UMS, hatten 4 oder mehr Kinder.

Zwischen Konfession und Kinderzahl konnte auf Grund der Da-

1) Wegen eines Interviewfehlers in der Gruppe der Frauen (22), die in der Beratungsstelle interviewt wurden, ist die Summe nicht 137; sieben erwartete Babies sind nicht gezählt.

tenverteilung kein Zusammenhang überprüft werden.¹⁾

Frühere Fehl- und Totgeburten

	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
frühere Fehlgeburten	23	5	2	11	5
frühere Totgeburten	9	4	2	2	1
Summe	32	9	4	13	6

Eine frühere Fehlgeburt hatten 23 von 137 Frauen. Von den 9 Totgeburten entfielen 4 auf die US, je 2 auf die UMS und OMS, eine auf die OS.

Über die vergleichsweise geringe Quote an Fehlgeburten bzw. hohe an Totgeburten der US und UMS lassen sich keine gesicherten Aussagen machen.

3.5 Alter der ältesten Kinder der Befragten

Bei 17 Familien mit 2 oder mehr Kindern war das älteste Kind ein Kleinkind, in 13 Familien waren die älteren Kinder im Kindergarten- und Vorschulalter. In 16 Familien waren sie im Grundschulalter, in 10 Familien älter als zehn Jahre. Die Belastung der Mutter ist in den beiden ersten Gruppen besonders groß, weil sie mehrere kleine Kinder zu versorgen hat.

Alter der ältesten Kinder	Gesamtzahl
1 - 3 Jahre	17
3 - 6 Jahre	13
6 - 10 Jahre	16
über 10 Jahre	10
Summe	56

1) zur Konfession: 101 Frauen waren evangelisch, 19 katholisch, 10 ohne Bekenntnis, 7 machten keine Angaben. Wegen dieser einseitigen Verteilung wurde die Konfession im folgenden nicht untersucht.

3.6 Kindergarten und Schule

Durch die Geburt ihrer Kinder wurden die Mütter der Befragten-Gruppe erheblichen Doppelbelastungen ausgesetzt (z.B. üben 54 Mütter weiterhin ihren Beruf aus oder beabsichtigen, dies zu tun; 56 Frauen sind Mütter von zwei oder mehr Kindern). Beim Abbau der Doppelbelastung sollten Kindergärten helfen. Zur Frage des Kindergartenbesuches äußerten sich die Mütter wie folgt:

Kindergartenbesuch, zustimmende Grundeinstellung

Kindergartenbesuch	Gesamtzahl	US	UMS	OMS	OS
ja, pädagogische Gründe	40	3	9	16	12
ja, Mutter hat keine Zeit	25	10	6	6	3
ja, aber unentschieden, später	7	1	1	4	1
nein, Klage Platzmangel	10	6	2	1	1
nein, Klage Kosten	2	1	1	-	-
nein, Klage über Bevorzugung arbeitender Mütter	3	-	2	1	-
Summe ¹⁾	87	21	21	28	17

40 Frauen wollen ihre Kinder aus pädagogischen Gründen in den Kindergarten schicken, 25 weil sie selbst nicht genug Zeit für die Kinder haben, 7 waren unentschieden. 15 Frauen bedauerten ausdrücklich, daß für ihre Kinder kein Platz vorhanden war, sie sich den Kindergarten nicht leisten könnten oder arbeitende Mütter bevorzugt würden.

Von den Frauen der US, die vorwiegend aus Zeitmangel (10), nicht aus pädagogischen Gründen (3) ihre Kinder in den Kindergarten geben müssen, beklagen sich 6, daß für ihre Kinder kein Platz frei sei. Dagegen hat nur eine Angehörige der OS den gleichen Grund zur Klage

1) Mehrfachnennungen

Kindergartenbesuch, ablehnende Einstellung

Kindergartenbesuch	Gesamtzahl	US	UMS	OMS	OS
nein, Mutter will Kind allein erziehen	12	5	1	3	3
nein, Mutter soll für Kind da sein	6	-	4	-	2
nein, jemand ist zu Hause	42	11	14	12	5
nein, Kinder werden frech	9	2	3	2	2
Summe	69	18	22	17	12

Mehr Angehörige der US und UMS sind gegen Kindergärten eingestellt (40) als Angehörige der oberen Schichten (29).¹⁾

18 Frauen stehen dem Kindergarten ablehnend gegenüber, weil sie ihre Kinder allein erziehen wollen oder finden, daß eine Mutter für ihre Kinder da sein sollte. 42 Mütter meinen, es sei nicht notwendig, ihre Kinder in den Kindergarten zu geben, weil sie oder jemand anderes ständig zu Hause seien. 9 Mütter waren der Überzeugung, daß ihre Kinder im Kindergarten "zu frech" würden.

Da sich 63,5 % der Frauen für Kindergärten aussprachen, sollten mehr Kindergärten eingerichtet werden, die den Bedürfnissen und Wünschen dieser Frauen entsprechen: der Platzmangel muß beseitigt, die Kosten müssen gesenkt, in Härtefällen bei der Finanzierung geholfen werden.

Pädagogisch besser geschultes Personal wäre in der Lage, mehr Mütter, vor allem jene, die den Kindergarten mit dem Argument "meine Kinder werden da zu frech" oder "ich will meine Kinder allein erziehen" abtun, von dem positiven Sozialisations-effekt auf ihre Kinder zu überzeugen.

1) Es scheint sich hier die These zu bestätigen, daß US-Kinder bereits im vorschulischen Alter benachteiligt sind, einmal durch bestehende Ausleseverfahren bzw. -kriterien, zum anderen durch mangelnde Aufklärung der Eltern in pädagogischen Dingen. Letzteres wird wohl auch für die Ablehnung von Kindergärten eine Rolle spielen.

Schule

Die Einstellung zur Schule sowie die Bildungswünsche der Frauen für ihre Kinder wurden deshalb erfragt, weil im Bildungswillen und in der Einschätzung der eigenen Bildungsfähigkeit eine allgemeine Information liegt, die für soziales Verhalten in anderen Zusammenhängen relevant sein kann.

Dem Vorverständnis nach ist "Bildung" (Informationswille etc.) gerade ein wichtiger Faktor für die Kommunikationsweise von Arzt und Patient.

Schulbesuch, Einstellung der Eltern zu weiterführenden Schulen

Schulbesuch	Gesamtzahl	US	UMS	OMS	OS
unbedingt weiterführende Schule	8	-	-	4	4
ein Versuch soll gemacht werden	66	9	17	26	14
Begabung muß gefördert werden	55	4	20	16	15
kann man noch nicht wissen, unentschieden	31	16	5	5	5
keine weiterführende Schule	4	4	-	-	-
andere	2	-	-	2	-
Summe ¹⁾	166	33	42	53	38

Nur Angehörige der Unterschicht (4) sehen für ihre Kinder keine Zukunft auf einer weiterführenden Schule.²⁾

Die Eltern der Oberschichten wollen ihre Kinder unbedingt auf eine solche schicken und meinen, Begabung müsse gefördert werden; einen Versuch wollen nur 9 Eltern der US wagen.

Diese Einschätzung der eigenen Bildungsfähigkeit teilt die

¹⁾ häufige Doppelnennungen

²⁾ vgl. dazu: U.OEVERMANN (24, 25) und H.POPITZ (31)

UMS nicht. Von 42 Eltern wollen 17 einen Versuch mit einer weiterführenden Schule wagen, 20 Eltern meinen, Begabungen müßten auch gefördert werden. Sie sehen die Zukunft ihrer Kinder optimistischer.

Die übrigen Eltern verhielten sich unentschieden.

3.7 Wohnungssituation

<u>Zimmerzahl und Hygiene</u>		<u>Mietverhältnis</u>	
Zimmerzahl u. Hygiene	Gesamt- zahl	Mietverhältnis	Gesamt- zahl
1-1 ¹ / ₂ Zimmer, WC u.Bad	7	Hauptmieter	120
1-1 ¹ / ₂ Zimmer, WC o.Bad	5	Untermieter	16
1-1 ¹ / ₂ Zimmer, Außen-WC	4	Eigentümer	1
2 - 3 Zimmer, WC u.Bad	95	Summe	137
2 - 3 Zimmer, WC o.Bad	10		
2 - 3 Zimmer, Außen-WC	2		
4 u.mehr Zimmer, WC u.Bad	14		
Summe	137		

Der überwiegende Teil der Befragten wohnt in 2-3-Zimmer-Wohnungen, was der Wohnungsmarktlage entspricht (sozialer Wohnungsbau), aber gerade für Familien mit Kindern unzureichend ist.

Die meisten Familien wohnen allein (110), 20 Familien teilen ihre Wohnung mit einem oder beiden Elternteilen oder älteren Verwandten.

Nur vier Familien beschäftigten eine Haushalts- oder Stundenhilfe oder ein Kindermädchen.

3.8 Nachbarschafts- und Familiensolidarität

Von den verschiedenen möglichen Verhaltensweisen in Nachbarschaft und Familie interessieren hier in erster Linie solche

Verhaltensweisen, die auf eine gegenseitige Hilfe abzielen ("Solidaritätsverhalten"), insbesondere Hilfe im Krankheitsfall (hier während der Schwangerschaft), außerdem individuelles Kontaktverhalten, das dem Austausch von Informationen, Erfahrungen dient.¹⁾

3.8.1 Nachbarschaftshilfe

Dauer der räumlichen Nachbarschaft

Für die Entwicklung von Nachbarschaftsbeziehungen, die vorwiegend unter den Bewohnern ein und desselben Hauses entstehen, ist die Dauer der räumlichen Nachbarschaft ein wesentlicher Faktor.²⁾

64 Familien hatten erst vor kurzer Zeit (ein Jahr oder weniger) ihre Wohnungen bezogen, fast ebenso viele (59) wohnten länger als drei Jahre dort, bei einigen Familien hatten schon die Eltern in diesen Wohnungen gewohnt.

Allgemein scheint die Großstadtfamilie weniger "mobil" zu sein, als oft angenommen wird, da mindestens die Hälfte der Frauen schon mehrere Jahre in ihren Wohnungen wohnte.³⁾

Beziehungen zu den Nachbarn

Nachbarschaftsbeziehungen, wenig ausgeprägt

<u>Nachbarschaftsbeziehungen</u>	<u>Anzahl</u>
Nachbarn unbekannt	26
Beziehungen schlecht (alte Leute, Studenten, Fremdarbeiter)	10
Nachbarn gegenüber gleichgültig	12
Nachbarn wollen selber keinen Kontakt	14
Summe	62

- 1) Wenn im folgenden von "Nachbarn" die Rede ist, so ist mit diesem Begriff kein objektiv definierter Personenkreis gemeint, sondern ihm liegt das subjektive Verständnis der Befragten zugrunde. Vgl. dazu: H.KLAGES (13) S.125 ff.
 2) vgl. dazu: H.KLAGES (13) S.148 u. M.YOUNG, P.WILLMOTT (37)
 3) siehe: H. BAHRDT (1) S.27 S.117

Nachbarschaftsbeziehungen, stark ausgeprägt

<u>Nachbarschaftsbeziehungen</u>	<u>Anzahl</u>
Schwangere wendet sich an Nachbarn	4
Nachbarn bieten von sich aus Hilfe an	5
guter wechselseitiger Kontakt	44
freundschaftliche Beziehungen	21
keine Angaben	1
Summe	75

26 Frauen kannten ihre Nachbarn überhaupt nicht: "Wenn man den ganzen Tag arbeitet, kann man nicht, und das ist gut so." (Int.9)

Hier wie im folgenden wird eine gewisse Zurückhaltung bei gegebenen Kontaktchancen spürbar, ein Rückzug auf die private Sphäre und der Versuch ihrer Absicherung.¹⁾

12 Frauen meinten, die Nachbarn seien ihnen gleichgültig.

14 erklärten, die Nachbarn wollten auch nichts mit ihnen zu tun haben.

"Nur eine Mieterin hat mich einmal angesprochen." (Int.36)

"Da wohnt eine sehr nette Ärztin, aber wegen des sozialen Unterschiedes gibt es leider keinen Kontakt." (Int.29)

Besorgt äußerte sich eine Frau: "Ich bin noch fremd, habe sie (die Nachbarn) aber informiert, daß ich ein Kind bekomme, hoffentlich stört sie das nicht!" (Int.10)

10 weitere Frauen meinten, sie könnten gar kein Verhältnis zu den Nachbarn entwickeln, da es sich nur um "alte Leute, die sterben" (Int.37), handele, oder um "Studenten, die spielen verrückt" (Int.25), oder die Nachbarn waren "alles Türken" (Int.50, 36).

Für diese letzte Gruppe wurde die Entwicklung guter Nachbar-

1) siehe dazu: H.BAHRDT (1) S.53 f. und H.KLAGES (13) S.150; ebenso M.YOUNG, P.WILLMOTT (37) S.148 ff.

schaftsbeziehungen besonders erschwert, weil es sich bei den Nachbarn um der Gruppe fremde soziale Gruppen handelte.

62 Frauen hatten wenig ausgeprägte Nachbarschaftsbeziehungen, lebten gleichgültig oder ärgerten sich sogar über ihre Nachbarn,

Die übrigen Frauen fanden ihre Nachbarn nett, halfen sich gegenseitig aus, wenn es notwendig war.

Zu dieser Gruppe gehörten bis auf zwei, die negative Aussagen machten, und vier, denen die Nachbarn unbekannt waren, alle Angehörigen der OS, während die Hälfte der Frauen aus den unteren Schichten über wenig ausgeprägte oder schlechte Nachbarschaftsbeziehungen berichteten.

Dieses Muster blieb auch in der Zeit der Schwangerschaft erhalten, in der die betreffenden Frauen unter Umständen auf nachbarliche Hilfe angewiesen waren:

Gute Nachbarschaftsbeziehungen während der Schwangerschaft,
Vergleich der Schichten

nachbarliche Beziehungen	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
Nachbarn passen auf Kinder auf	23	1	4	7	11
Nachbarn helfen im Haushalt, bei Besorgungen etc.	19	1	2	3	6
Summe	42	2	6	10	17

Von 23 Frauen, die ihre Kinder den Nachbarn anvertrauen, waren die Hälfte aus der Oberschicht; nur eine Frau aus der Unterschicht bat ihre Nachbarn darum.

(Eine Frau dieser Schicht meinte sogar: "Das kann ich nicht verantworten, die könnten meinem Kind was antun." ' Int.37)

Im Haushalt und bei Besorgungen ließ sich ebenfalls nur eine Frau der US helfen.

Indifferente Nachbarschaftsbeziehungen während der Schwangerschaft, Schichtenvergleich

nachbarliche Beziehungen	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
die Nachbarn geht die Schwangerschaft nichts an	27	8	6	11	2
die Nachbarn brauchen nicht zu helfen, Frau ist versorgt	70	19	20	20	11
Summe ¹⁾	97	27	26	31	13

27 Frauen fanden, ihre Nachbarn gingen ihre Schwangerschaft gar nichts an, weitere 70 Frauen meinten, sie seien versorgt und brauchten keine Hilfe.

Der Anteil indifferenter Nachbarschaftsbeziehungen ist in der Unterschicht doppelt so groß wie in der Oberschicht.

Die Unterschichtsfamilie lebt in ihrer Nachbarschaft, von der anzunehmen ist, daß sie relativ homogen ist, isolierter.

Eine Erklärungsmöglichkeit ist, daß sich in der Absonderung von den Nachbarn der verstärkte Wunsch nach einer ungestörten privaten Welt im Sinne einer "Verbürgerlichung" der Unterschicht ausdrückt, eine andere, daß in einem größeren Maße enge Beziehungen zur Familie und Verwandtschaft, anderen Bezugsgruppen (Vereinen etc.) bestehen,²⁾ als in der Oberschicht, und letztere eher zu einem kontaktfreudigen und aufgeschlossenen Verhalten neigt.³⁾

Nur ein Drittel der Frauen (42) erhielt während der Schwangerschaft von ihren Nachbarn Unterstützung.⁴⁾

Dieses Ergebnis berechtigt n i c h t zu dem Schluß, die Hilfsbereitschaft der Nachbarn sei sehr gering: ein sehr

1) Doppelnennungen

2) siehe dazu: H.BAHRDT (1) S.83 f. und S.120 f. und M.YOUNG, P.WILLMOTT (37) S.193

3) vgl. dazu S.24

4) vgl. Tabelle S. 24

viel größerer Teil der Frauen hat ja mit nachbarlicher Hilfe gerechnet (75).¹⁾

Eine Erklärung für die mangelnde Hilfeleistung ist vielmehr die Tatsache, daß die nachbarliche Hilfe erst bei Versagen der Verwandtschaftshilfe erfolgt.²⁾

Das Verhalten der Nachbarn entspricht den Erwartungen der Frauen, die große Zahl (97) von indifferenten Nachbarschaftsbeziehungen während der Schwangerschaft zeigt deutlich diese Tendenz.³⁾

Die Untersuchung der Nachbarschaftsbeziehungen ergibt so als wichtigstes Ergebnis:

Die Nachbarschaftsbeziehungen, die mit Hilfeleistung einhergehen, sind bei zwei Dritteln der Frauen nicht besonders ausgeprägt; in der Unterschicht zeigte sich sogar eine gewisse Isolation, die Oberschicht hingegen hatte gute Nachbarschaftsbeziehungen.

Prinzipiell aber steht allen Frauen ein gewisses, im Notfall aktualisierbares Potential an Hilfsbereitschaft zur Verfügung.

3.8.2 Familienhilfe

Auf den folgenden Seiten sollen die Beziehungen der Schwangeren zu ihren Familienmitgliedern und deren Hilfeleistungen untersucht werden. Arbeitsgrundlage waren die Thesen von der "Reduktion der Familie auf die Kleinfamilie" und vom "Funktionsverlust" der Familie,⁴⁾ die sich nicht bestätigen ließen, sowie die These, daß sich in der Großstadtfamilie ein matrilinear funktionierendes Hilfeleistungssystem entwickelt hat, dessen Zentrum die Mutter der jungen Frau ist.⁵⁾

1) siehe Tabelle S.23

2) vgl. hierzu: H.KLAGES (13) S.152

3) siehe Tabelle S.25

4) vgl. z.B.: R.KÖNIG (14) S.132 ff.

5) vgl. dazu: M.YOUNG, P.WILLMOTT (37)

Kontakte zu den Mitgliedern der Familie

Personen mit häufigem ¹⁾ Kontakt zu den Befragten

Person	Anzahl	
Mutter	83	Wie aus der Tabelle ersichtlich, haben die Befragten engen Kontakt zu ihren Müttern (diese wohnen in der Mehrzahl (94) in West-Berlin), aber auch zu den gleichaltrigen Frauen der Familie und zu Freundinnen.
Schwiegermutter	32	
Schwester	50	
Schwägerin	29	
Freundin	47	
Vater	17	
Schwiegervater	9	
sonstige Verwandte und Freunde	13	
kein Kontakt	5	

Die Schwiegermütter und vor allem die Männer der Familie spielen eine geringere Rolle; die Kontakte zu den Müttern überwiegen.

Ein Vergleich der OS und US in bezug auf ihre Kontakte zu den Frauen der Familie und zur Freundin zeigt folgendes:

Weibliche Kontaktpersonen - Vergleich US / OS

Kontaktperson	US	OS
Mutter	22	15
Schwester	16	9
Schwägerin	9	6
Schwiegermutter	10	4
Freundin	7	8
	33	27

Die Frau der OS ist weniger an die Familie und deren Frauen

1) häufig: sie sehen die Befragte mindestens mehrmals im Monat oder in der Woche

gebunden, sie pflegt dagegen mehr Kontakte zu Nachbarn und Bekannten.

Die Frau der US hingegen geht stärker in dem engen Bezugssystem ihrer Familie auf, wenig intensive Nachbarschaftsbeziehungen und wenig Freundschaften sind die Konsequenz.¹⁾²⁾

Familienhilfe während der Schwangerschaft

In allen Familien tritt das Argument "nichts mit der Verwandtschaft zu tun haben" vor der Realität zurück:

Es halfen die oben genannten Personen mit häufigem Kontakt, in der Oberschicht außerdem noch Nachbarn und Bekannte.

In 77 Familien erledigten sie Einkäufe, in 65 halfen sie im Haushalt, beaufsichtigten in 40 Familien die Kinder, gaben Ratschläge (12) und nahmen in 4 Fällen Kinder bei sich auf. Nur 30 Frauen nahmen keine Hilfe in Anspruch, weil sie sich versorgt fühlten.

Hilfe leistende Personen - Vergleich Schwangerschaft / Klinikaufenthalt und danach

Hilfe leistende Person	Schwangerschaft	Klinikaufenthalt	nach Klinikaufenthalt
Ehemann und Kinder	79	87	72
Mutter (der Frau)	54	50	68
Schwiegermutter (d.Frau)	15	23	23
Schwester, Schwägerin	19	5	9
Freundin	3	-	2
andere	8	6	6

Hilfe leistende Personen während der Schwangerschaft

Die Hauptstütze der Frauen waren die Ehemänner, (mit Einschränkungen) die Kinder und die Mütter der Frauen.

1) siehe S. 25

2) vgl. dazu: M.YOUNG, P.WILLMOTT (37) S.31 ff.

Hier zeigt sich die Tendenz zur Entwicklung einer Arbeits- und Verantwortungsteilung in der jungen Familie, die Kinder werden als gemeinsame Aufgabe betrachtet, die Beziehung der Eheleute ist partnerschaftlich.

Die helfende Großmutter mütterlicherseits hat eine Position (sie ist selber Mutter, besitzt das Vertrauen ihrer Tochter), die ihr keine öffentliche Institution (Fürsorge, Wochenhilfe) streitig machen kann.¹⁾

BAHRDT spricht vom "Phänomen der ambulanten Großmutter".²⁾

Die Schwiegermütter der Frauen helfen seltener (Vorrangstellung der Großmutter mütterlicherseits), ebenso die jüngeren Frauen der Familie.³⁾

Hilfe leistende Personen während des Klinikaufenthalts

Während des Krankenhausaufenthaltes der Frau nach der Geburt helfen sich die Ehemänner in der Mehrzahl selbst; sie sorgen für sich, Kinder und Haushalt; helfende Großmütter versorgen ebenfalls den Haushalt oder nehmen Kinder während dieser Zeit zu sich (13).

Die Schwiegermütter bleiben, was den Haushalt der Schwiegertöchter betrifft, in einer passiven Rolle, aber einige (9) laden ihren Sohn (werdende Väter ohne Kinder) zu sich ein.

Die Geburt des Kindes verstärkt so nicht nur die matrilinearen Beziehungen innerhalb der Familie, sondern der Ehemann und seine Mutter treten ebenfalls wieder in Kontakt. Das matrilineare System wird so zeitweise aufgehoben.

Andere Familienangehörige oder Bekannte helfen in wenigen Fällen.⁴⁾ Die Nachbarn halten sich zurück (nur ein Fall von Hilfeleistung).

1) vgl. auch M.YOUNG, P.WILLMOTT (37) S.21 ff. und 50 ff.

2) H.BAHRDT (1) S.33

3) vgl. Tabelle S. 28

4) vgl. Tabelle S. 28

In einigen wenigen Familien aus den unteren Schichten (3) wird die Fürsorge um Hilfe gebeten.

Hilfe leistende Personen nach dem Klinikaufenthalt

Wenn die jungen Mütter aus dem Krankenhaus kommen, übernehmen die Großmütter in noch stärkerem Maße die Haushaltsführung. Auch die Schwiegermütter zeigen in größerer Zahl Interesse.¹⁾ Ob die Motivation die Sorge um die sachgerechte Versorgung der Kinder ihrer Söhne durch die Schwiegertöchter und deren Mütter ist, sei dahingestellt.

Familienangehörige (Schwestern, Schwägerinnen) nehmen Anteil und eilen zu Hilfe.

Die Nachbarn bleiben indifferent.

Ohne Hilfe blieben nur 5 % der Befragten. Zwei Familien mußten während dieser Zeit ihre der Fürsorge anvertrauten Kinder weiterhin in einem Heim lassen.

Aspekte der Versorgung des Haushalts durch die Ehemänner aus der Sicht der jungen Mütter

Die Versorgung der Familie durch die Großmütter schien in den Augen der jungen Mütter eine Notlösung zu sein (die Hilfe der Großmütter geriet in Konflikt mit dem Anspruch der jungen Familie auf ein Eigenleben²⁾), ebenso schienen sie sich im Gedanken an die doppelte Belastung ihrer Männer (Haushalt und Beruf) nicht recht wohl zu fühlen.

Die Hälfte (63) der Frauen hätte es gern, wenn ihre Männer in der Zeit ihres Krankenhausaufenthaltes oder kurz danach Urlaub bekommen würden, 47 dieser Frauen wünschten, daß der Mann längere Zeit zu Hause bleiben könnte, 16 meinten, ein oder zwei Tage Urlaub wären zu kurz, um eine Entlastung zu bedeuten.

1) siehe Tabelle S. 28

2) vgl. dazu: M.YOUNG, P.WILLMOTT (37) S.67 f.

Einstellung zu Urlaub des Ehemannes

Dauer	Anzahl
längerer Urlaub gewünscht	63
Männer mit Jahresurlaub	25
Männer mit Urlaub (Schlechtwetter etc.), krank gemeldet	8
Männer mit 1, 2 Tagen Urlaub als ausreichend empfunden	16
Urlaub unnötig, da Familienhilfe	20
Urlaub unnötig, da Mann keine Hilfe	5
Summe	137

25 Männer (23 waren aus den Unterschichten) hatten ihren Jahresurlaub, der eigentlich der Entspannung und Erholung dienen sollte, während des Krankenhausaufenthaltes ihrer Ehefrauen genommen, weil sonst ihre Familie nicht ausreichend versorgt gewesen wäre. Einige hatten sich aus dem gleichen Grunde krankgemeldet, einige wenige hatten gerade Urlaub (Betriebsferien, Schlechtwetterurlaub etc.).

16 Ehemänner hatten ein oder zwei Tage Urlaub, ihre Ehefrauen meinten, das sei ausreichend.

Nur 5 Frauen fanden, ihre Ehemänner seien sowieso keine Hilfe.

20 Frauen wünschten keinen Urlaub, weil sie sich ausreichend durch die Familie versorgt fühlten.

Die Frage ist, ob man nicht die ein oder zwei Tage Sonderurlaub, die Angehörigen mancher Betriebe und Beamten arbeitsrechtlich zustehen, auf vier oder fünf Tage verlängern und als eine Art "Geburtsurlaub" für Ehemänner allgemein einführen sollte.

Die Untersuchungen zur Familienhilfe in der Schwangerschaft ergeben, daß die helfenden Familienmitglieder sich nicht allein aus der Kleinfamilie rekrutieren. Die zentrale Figur in

der kooperativen Verwandtschaft ist die Großmutter; die Ehemänner verhalten sich nicht konservativ, eher partnerschaftlich. Von einem Funktionsverlust der Familie kann zumindest in diesem Zusammenhang nicht die Rede sein: die Familie übernimmt konkurrenzlos die Versorgung der Schwangeren und der jungen Mutter.¹⁾

Bei der Analyse der Nachbarschafts- und Familienbeziehungen erwies sich das angewandte Schichtmodell als brauchbar:

Durch die einzelnen Fragestellungen zogen sich konsistente Gemeinsamkeiten verschiedener Schichten hindurch, die als Grundinformationen für sozialpolitische Maßnahmen relevant sein sollten.

4. Schwangerschaftsvorsorge

Dem Versuch einer Schilderung der sozialen Situation der werdenden Mütter insbesondere im Hinblick auf Anforderungen und Belastungen einerseits, die ihnen von Nachbarn, Freunden und Familienmitgliedern angebotene Hilfe andererseits, soll eine Darstellung des Verhaltens der Schwangeren gegenüber den Einrichtungen des Gesundheitsdienstes für werdende Mütter (Schwangerenvorsorge, Gymnastik und Säuglingspflegekurse, Informationsstellen der Fürsorge) und deren Mitgliedern folgen. Dabei soll besonders auf die den werdenden Müttern erwachsenden Schwierigkeiten eingegangen werden.

Ausgehend von der Überlegung, daß nicht Beschwerden und Krankheitssymptome allein, sondern daß auch soziale Faktoren Probleme schaffen und im Bereich medizinischer und sozialmedizinischer Einrichtungen verhaltensbestimmend wirken,²⁾ soll die Bedeu-

1) siehe dazu auch: H.BAHRDT (1) S.26 ff.

2) siehe dazu: D.MECHANIC (18) S.115 ff.

tung der oben ermittelten sozialen Faktoren für das Verhalten der Schwangeren gegenüber der Institution Vorsorge untersucht werden, bzw. sollen weitere primär soziale verhaltensrelevante Faktoren wie Informationsbedürfnis, Sprachschwierigkeiten, Autoritätskonflikte analysiert werden.

Eine weiterhin zu lösende Frage ist, in welcher Weise die Institution Vorsorge ihrerseits auf die werdenden Mütter Einfluß nimmt, sie zu bestimmten Verhaltensweisen unabhängig von den sie charakterisierenden sozialen Merkmalen veranlaßt.

4.1 Wahl der medizinischen Betreuung während der Schwangerschaft

Wahl der Betreuung	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
Kassenpatientin bei Arzt in freier Praxis	12	7	2	3	-
Arzt in freier Praxis und Frauenklinik (4 mal und öfter)	52	8	19	19	6
Arzt in freier Praxis und Frauenklinik (ein- bis dreimal)	24	8	7	4	5
Frauenklinik	23	5	5	9	4
Frauenklinik, Sonder- beratungsstelle	12	1	1	6	4
Privatpatientin, Frauenklinik / Arzt in freier Praxis	9	-	-	1	8
keine Betreuung	5	4	-	1	-
Summe	137	33	34	43	27

Die Frauen der Befragtengruppe wandten sich für die Vorsorgeuntersuchungen entweder nur an frei praktizierende Ärzte (12), sie suchten zusätzlich die Schwangerenberatungsstelle der Universitäts-Frauenklinik auf (76: ein- bis dreimal (24) oder

viermal und öfter (52)) oder sie ließen sich nur in dieser betreuen (23).

Zusätzlich befanden sich unter den Befragten Frauen, die zu dem Patientenkreis einer an der Frauenklinik bestehenden Sonderberatungsstelle¹⁾ gehörten (12). Einige waren Privatpatientinnen bei einem Arzt in freier Praxis oder in der Frauenklinik (9).

Nur wenige (5) gaben an, sich an keine Stelle gewandt zu haben.

Zum Vergleich die Zahlen der Jahresstatistik 1965 der Universitäts-Frauenklinik:

	Frauenklinik		Untersuchung	
keine Betreuung, keine Angaben	128	5,0 %	5	3,6 %
in der Klinik bis 3 mal	1262	50,0 %	24	17,8 %
in der Klinik 4 mal und öfter	814	31,8 %	52	37,6 %
nur in der Klinik			23	16,8 %
Sonderberatungsstelle			12	8,9 %
Privatpatienten			9	6,4 %
Arzt in freier Praxis	355	13,9 %	12	8,9 %
	2563	100,0 %	137	100,0 %

Die Frauen der Unterschicht suchten häufiger als andere nur einen frei praktizierenden Arzt oder keine Stelle auf, Privatpatienten oder Patienten der Sonderberatungsstelle waren fast nur Angehörige der oberen Schichten, die Patienten der

1) Sonderberatungsstelle: Schwangerenintensivberatung, Projekt der Deutschen Forschungsgemeinschaft.
Die Frauen können sich dort bis zum 3.Monat anmelden und werden in eine prospektive Untersuchungsreihe aufgenommen, die alle jetzt möglichen Untersuchungen umfaßt; zusätzlich wird versucht, Sozialanamnesen zu erheben, um Aufschluß über die Belastungen der werdenden Mütter zu erhalten.

Vorsorgestelle der Frauenklinik setzten sich aus allen Schichten zusammen.

Daß hier der in einer größeren Untersuchung¹⁾ gesicherte Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme einer bestimmten Versicherungsform und Wahl der ärztlichen Betreuung eine Rolle spielt, läßt sich nur für die Privatpatienten zeigen, die alle private Zusatzversicherungen abgeschlossen hatten oder mit Beihilfe versichert waren.²⁾

Andere, noch herauszuarbeitende Faktoren schienen das Verhalten der Frauen zu bestimmen, wie auch die Argumente der Frauen zeigen, die keinen Arzt aufsuchten (5).³⁾

Sie führten Zeitmangel, Umständlichkeit oder Angst an: "Ich hatte Angst vorm Doktor, zu faul war ich auch" (Int.113), oder: "Alle Symptome waren von früheren Schwangerschaften vertraut, ein Arzt war doch nicht notwendig gewesen" (Int. 44).⁴⁾

4.2 Allgemeine Informationsschwierigkeiten

4.2.1 Die Schwangerenberatung als Begriff

Die Begriffe Schwangerenberatung, Mütterberatung, Schwangerenvorsorge, Beratungsstelle für werdende Mütter usw., die für die Schwangerenvorsorge und die damit gemeinte Untersuchung und Beratung der werdenden Mütter verwendet werden,

1) Institut für Demoskopie Allensbach (36)

2) vgl. dazu Tabelle S. 11

3) Diese Gruppe war in dieser Untersuchung, ebenso in der Frauenklinik 1965, bedeutend geringer als die von Prof. KRONE, Bamberg, im "Stern" behauptete Zahl von 10 % (23)

4) Diese Gruppe wurde im folgenden bei der Auswertung der das Arzt-Patient-Verhältnis betreffenden Fragen nicht weiter berücksichtigt.

wurden von den Befragten wie folgt interpretiert:

	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
Vorsorge ist Untersu- chung und Beratung	69	13	20	23	13
Vorsorge ist Beratung	17	6	2	4	5
Vorsorge ist Untersu- chung	21	4	7	8	2
keine Ahnung	25	10	4	8	3
anderes	3		1		2
Anmeldung zur Ent- bindung	2				2
Summe	137	33	34	43	27

Trotz der hohen Beteiligung an der Vorsorge war die Hälfte der Frauen nicht in der Lage, den Namen der vom öffentlichen Gesundheitsdienst speziell für sie eingerichteten Stelle auf seinen Sinn hin spontan zu erklären.

Eine etwas größere Zahl der Frauen der US war "ahnungslos", das Maß an Unsicherheit erwies sich aber nicht als eindeutig schichtabhängig.

Ein Erklärungsversuch muß berücksichtigen, daß das Problem-
bewußtsein der Frauen von der für sie erreichbaren Informa-
tion und dem Eindruck, den sie während der Schwangerschaft
von der jeweiligen Beratungsstelle gewonnen haben, abhängig
ist.

4.2.2 Information über die Vorsorge

In Apotheken, von seiten der Krankenkasse, über das Gesund-
heitsamt und ihm nahestehender Institutionen (Mütherschule,
Gymnastik, Fürsorge) wurden nur 17 Frauen über die Vorsorge
informiert. 15 Frauen wurden von ihrem behandelnden Arzt auf

die Schwangerenberatungsstelle hingewiesen.

Es läßt sich ein direkter Zusammenhang zwischen Informationsunsicherheit und Arztwahl für die Überwachung der Schwangerschaft herstellen:

Nur 2 Patientinnen der frei praktizierenden Ärzte waren in der Lage, gut Auskunft zu geben, die Privatpatientinnen und die Patientinnen der Sonderberatungsstelle waren dagegen zur Hälfte gut informiert.

Ebenso verhielt es sich mit den Frauen, die einen Arzt in freier Praxis und zusätzlich die Frauenklinik aufsuchten.

16 Frauen erfuhren erst bei der Anmeldung zur Entbindung in der Frauenklinik von der Vorsorge.

Es taucht die Frage auf, ob die Ärzte und die im Dienst der Gesundheit stehenden Institutionen ihre Aufklärungspflicht hinreichend erfüllen.

(Was für die Schwangerenvorsorge gilt, wird für die Präventivmedizin allgemein zutreffen.)

Diese Unzulänglichkeit besteht weniger in einer nicht geleisteten als in einer fehlgeleisteten Informationsarbeit:

Die soziale Distanz zwischen Patient und Institution ist zu groß, ein Vermittlungssystem fehlt.

Die werdenden Mütter suchen in ihrer Unsicherheit und Ahnungslosigkeit über die Leistungen des Gesundheitsdienstes Orientierungshilfen bei Personen mit zumeist ähnlich unsicherer Informationsbasis.¹⁾

Informationsquellen

Familie	26	Hörensagen	15
Freunde	11	Rundfunk/Presse/ Fernsehen	8
Nachbarn/Bekannte	37	andere	2
Beruf	17		
		Summe	116

1) siehe dazu: E.L.KOOS (15) S.311 ff.

Es besteht so etwas wie ein "Laienkommunikationssystem"¹⁾ in allen sozialen Schichten, leichte Akzentverschiebungen waren vorhanden:

In der US und UMS ist die Familie Hauptinformationsquelle, in Beruf und Ausbildung waren weniger Informationsmöglichkeiten gegeben.

In der OMS und OS waren eher die Nachbarn Gesprächspartner für eine Unterhaltung über die Vorsorge.²⁾

Die Vorstellung über die Schwangerenvorsorge der werdenden Mütter wurde so von subkulturellen Gewohnheiten und Ansichten, teilweise auch von Massenmedien geprägt und mußte, da sie nicht durch Informationen des Gesundheitsdienstes ergänzt wurde, "laienhaft" und lückenhaft sein.

5. Die Vorsorge in der Frauenklinik

5.1 Motivationen für Aufsuchen oder Fernbleiben

Bestimmend für das Bewußtsein der Frauen in bezug auf die Vorsorge war die von Laien vermittelte Information, auch die Entscheidung, die Vorsorge der Frauenklinik aufzusuchen oder ihr fernzubleiben, wurde zum größten Teil von Laien gefällt.

Nur 27 Frauen wurden von ihren Ärzten zur Kontrolle bestimmter Erscheinungen (Hochdruck, Ödeme, Unverträglichkeiten im

1) vgl. M.PFLANZ (27) S.283 ff.

2) vgl. dazu unter: 3.2; 3.6 und 3.8

A-B-O-System usw.) an die Frauenklinik überwiesen.

9 weiteren wurde von ihren Ärzten geraten, sich dort vorzustellen.

Die übrigen werdenden Mütter blieben mit ihren Problemen allein und mußten die Entscheidung in eigener Verantwortung treffen.¹⁾

Diese Entscheidung zeigte sich weniger von Beschwerden, die die jungen Mütter stark beeinträchtigten, oder von beunruhigenden Krankheitssymptomen abhängig, sie war eher vom Wissen über die Vorsorge, bestimmten Erwartungshaltungen und psychologischen Faktoren beeinflusst.

Von den Frauen angegebene Beschwerden während der Schwangerschaft und Verlauf der Geburt

Beschwerden		Geburtsverlauf	
ohne Beschwerden	54	spontan	57
Erbrechen	27	spontan und	
Krampfadern	6	Episiotomie	42
Ödeme	10	sectio	4
Kreislaufbeschwerden	9	V.E. aus. B.M.	4
Infektionskrankheiten	1	V.E. aus B.B.	2
Unverträglichkeit ABO-System: Verdacht	13	Steiß-/Fußlage	1
Nierenkomplikationen	8	Zange	1
drohender Abort	8	drohende Eklampsie	2
andere	21	Rh-Unverträglichkeit	2
Summe	154	Summe	115 ²⁾
(Mehrfachnennungen)			

1) siehe dazu: M.PFLANZ (28) S.3 ff.

2) Gesamtzahl nicht 137, weil 22 Frauen noch nicht entbunden hatten, vgl. unter 2. S. 6

Motivation, die Vorsorge in der Frauenklinik nicht
bzw. nicht gleich aufzusuchen

	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
keine Information	14	4	7	2	1
Umständlichkeit	35	8	10	12	5
Vorsorge für "arme Leute"	1	-	1	-	-
keine Zeit					
Kinder/Haushalt	8	3	2	2	1
keine Verschreibungen	6	-	-	3	3
kein Vertrauen	10	1	1	4	4
Massenbetrieb	15	2	3	5	5
gutes Verhältnis zum Hausarzt	55	11	11	21	12
Krankheit	1	1	-	-	-
unnötige Doppelsicherung	7	1	4	2	-
abgeraten	4	1	1	-	2
Summe (Mehrfachnennungen)	156	32	41	51	33

Motivation, die Vorsorge aufzusuchen

	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
Beratung d.Universität	27	3	5	11	8
Kennenlernen Anmeldung zur Entbindung	73	16	21	14	12
Aufsicht	103	26	23	34	20
Kennenlernen d. Arztes	3	-	1	2	-
gute Einrichtungen	14	3	7	4	-
besser "aufgehoben"	10	3	7	-	-
Kontrolle	27	2	7	10	8
Komplikationen früher	3	1	-	-	2
Geburtserleichterung	7	2	3	4	-
Empfehlung vom Arzt	9	2	1	4	2
Summe (Mehrfachnennungen)	186	58	70	83	52

Mangelnde Information, fehlendes Verständnis oder Zeitnot führten bei vielen Frauen zu einer Entscheidung gegen die Vorsorge: "Ich habe keine Zeit beim Beruf in der Gegend herumzusausen" (Int.37).

"Ich brauche die Zeit für meine Kinder" (Int.53).

Für viele war die Frage der Unterbringung und Beaufsichtigung ihrer schon vorhandenen Kinder ein Problem und hielt sie ganz oder zunächst von der Vorsorge fern.

Die Vorsorge in der Frauenklinik war nicht mit dem Odium "für sozial Bedürftige" behaftet, im Gegenteil, Prestigebedürfnis und ein gewisses Selbstwertgefühl schienen gerade die Frauen der OMS und OS zu einer Entscheidung zugunsten der Universitäts-Frauenklinik bewogen zu haben.

Nüchterne, kritische Überlegung spricht aus dem Argument: "Man bekommt dort nichts verschrieben" (Int.40).

Eine gewisse Selbstsicherheit drückt sich in der Entscheidung aus, wegen der unnötigen "doppelten Untersuchung" nicht zusätzlich zur Vorsorge der Klinik zu gehen.

Die Empfehlung durch andere spielt eine große Rolle, FREIDSON spricht in diesem Zusammenhang von einem "Laienzuweisungssystem" ("lay referral system")¹⁾:

"Weil der Arzt mir von Freunden empfohlen wurde" (Int.8).

Die Vorstellungen über die Frauenklinik, Anonymität und Massenbetrieb auf der einen Seite, technische Perfektion und fachliche Qualifikation auf der anderen, brachten die Frauen in einen Entscheidungskonflikt:

Einerseits fürchteten sie sich vor dem Massenbetrieb, andererseits erhofften sie Sicherheit durch sachgerechte Behandlung, wobei sie wohl eher an den technischen Apparat des Krankenhauses als an das Fachwissen der Ärzte dachten.

1) siehe dazu: E.FREIDSON (7)

Die unbewußte Angst vor dem Krankenhaus führte zu einer stärkeren Berufung auf ein "gutes Verhältnis zum Hausarzt": "Der nette Arzt nebenan, zu dem habe ich Vertrauen" (Int.20). "Die Ärztin kannte ich schon, hatte zu ihr ein besseres Verhältnis" (Int.3). "Der Arzt nimmt sich mehr Zeit, fragt gründlicher als bei der Masse" (Int.10).

(Inwiefern hier eine gewisse Selbsttäuschung besteht, der "Hausarzt" zur Barriere zwischen Krankenhausarzt und Patient wird,¹⁾ soll weiter unten gezeigt werden.)

Viele Frauen erwarteten, daß die Anonymität des großen Krankenhauses, auf die sie innerlich wohl vorbereitet waren, durch den Prozeß gegenseitigen "Kennenlernens" aufzuheben sei.

"Sie sollten mich hier kennenlernen, der Sicherheit wegen, zwischendurch war ich bei meiner Ärztin" (Int.13).

Besonders Frauen, die bei früheren Schwangerschaften Komplikationen hatten oder bei dieser solche befürchteten, wünschten ein gewisses persönliches Interesse der Klinikärzte.

"Man ist hier besser aufgehoben bei Komplikationen; damit es Mutter und Kind gut geht, sollten sie mich hier kennenlernen, sonst wäre ich auf mich allein angewiesen" (Int.9).

Eine Erleichterung von Schuldgefühlen oder gewissen irrationalen Ängsten, die für den psychischen Zustand mancher werdenden Mütter charakteristisch sind, erhofften einige Frauen von dem Besuch der Beratungsstelle: "Beim ersten Kind war ich nicht regelmäßig, vielleicht ging es deshalb schief" (Int.36). "Ich ging, weil das erste Kind einen Geburtsfehler hat" (Int.32).

Einige Frauen hegten übertriebene Vorstellungen von den Leistungen der "Universitätsmedizin" und erwarteten von der

1) ANN CARTWRIGHT (3) S.119 ff.

Schwangerschaftsüberwachung durch die Frauenklinik eine Geburtserleichterung als eine Art Belohnung für Energie- und Zeitaufwand.

Die Hoffnung, Informationen über Diagnose und Prognose zu erhalten und so eine Art Kontrolle über die sie betreuenden frei praktizierenden Ärzte zu gewinnen, führte sicherlich einen Teil der Frauen in die Klinik, die "wegen der Aufsicht" als Motiv angaben.¹⁾

Nur für ganz wenige Frauen war die große Entfernung der Beratungsstelle zu ihrem Wohnsitz ein Hinderungsgrund, diese aufzusuchen: 5 der Frauen, die nur außerhalb der Klinik betreut wurden, begründeten ihre Entscheidung gegen die Vorsorge mit der Entfernung.²⁾

Für eine junge Frau bedeutete die Entfernung Prestigegewinn: Sie hatte einen Grund, mit der Taxe vor der Klinik vorzufahren³⁾ (Int.42).

Nicht die Länge des Weges sondern Belastungen ganz anderer Art, denen die Frauen unterwegs ausgesetzt waren, machten sie teilweise in ihrem Entschluß wankend, regelmäßig die Frauenklinik oder den Arzt aufzusuchen.

1) vgl. dazu: H.KAUPEN-HAAS (12) S.116

2) Sie konnten ihren Arzt in einer Viertelstunde zu Fuß erreichen. Die übrigen Frauen dieser Gruppe aber mußten auch lange Busfahrten auf sich nehmen, um zu ihren Ärzten zu gelangen: die Entfernung ist also für die Arztwahl nicht entscheidend.

3) vgl. dazu auch M.BALINT (2) S.251

5.1.1 Der Weg zur Vorsorge

Die Frauen mußten, um die Universitätsklinik oder den sie außerhalb dieser behandelnden Arzt zu erreichen, allein für den Weg sehr viel Zeit aufwenden:

Hin- und Rückweg, Zeitaufwand und Verkehrsmittel

Verkehrsmittel	Zeit / h	Gesamtzahl
Öffentl. Verkehrsmittel	bis 1/2 h	10
" "	bis 1 h	23
" "	über 1 h	30
Pkw	bis 1/2 h	27
"	bis 1 h	10
"	über 1 h	3
zu Fuß	bis 1/2 h	17
" "	bis 1 h	4
Taxe	1/2 - 1 h	8
Summe ¹⁾		132

Die werdenden Mütter klagten weniger über die zurückzulegenden Entfernungen und dadurch verursachtes körperliches Unwohlsein, als über die wenig erfreulichen Reaktionen der Umwelt, die den Weg zur Vorsorge für viele zu einer unnötigen psychischen Belastung werden ließen. Die Frauen beschwerten sich darüber, daß die Leute sie lange anstarrten (19), unangenehme Bemerkungen machten (5), wenig hilfsbereit und unhöflich waren (28): "Ich habe mich kaum herausgetraut, so dämlich haben sie mich angeguckt" (Int.73).

"Die Leute haben gemotzt, weil ich keinen Ring aufhatte" (Int.95).

"Aufstehen (im Bus) oder Vorlassen ist hier wohl nicht üblich" (Int.104).

1) 5 Frauen suchten keinen Arzt auf, vgl. Tab. S. 33

"in Frankreich sind die Leute höflicher" (Int.126).

"Die Leute waren so muffelig, besonders in der U-Bahn" (Int.126).

Ältere Frauen fielen einigen werdenden Müttern besonders wegen unangenehmen Verhaltens auf:

"Ältere Frauen sind richtig pampig, die jungen Männer aber doch sehr höflich" (Int.20).

"Ich wurde ganz verlegen, weil besonders die älteren Frauen böse Bemerkungen machten" (Int.5).

Ob sich hier, wie in englischen Untersuchungen für älteres weibliches Krankenhauspersonal (Hebammen, Krankenschwestern) nachgewiesen,¹⁾ Neidgefühle, eigene Rollenkonflikte in Aggressionen ausdrücken, sei zur Diskussion gestellt.

3 Frauen reagierten auf die Diskriminierungen auf der Straße mit Depressionen und starker Verlegenheit.

Viele sagten, sie hätten sich dann ganz "stolz" verhalten (28).

Betont indifferent verhielten sich 54 Frauen, nur 10 Frauen war nichts aufgefallen.

1) vgl. dazu: ANN CARTWRIGHT (3) S.33 ff. und S.177 ff.
ebenso: Human Relations in Obstetrics Central Health
Services Council (20) S.6 ff.

5.2 Der allgemeine Eindruck der Beratungsstelle auf die Frauen

Eindruck	Gesamtzahl
Sicherheit gebend	62
verunsichernd	22
Vertrauen nehmend	9
unpersönlich, beängstigend	
bürokratisch	31
Massenbetrieb	14
keiner gab sich Mühe	16
zu wenig Information	11
zu lange Wartezeit	49
medizinisch gut, "Betrieb" schlecht	44
nicht nachgedacht, anderes	7
Eingewöhnung	15
Summe (Mehrfachnennungen)	280 ¹⁾

Obwohl viele der mit den verschiedensten Erwartungen zur Vorsorge kommenden werdenden Mütter sich mit der Beratungsstelle "zufrieden" zeigten (62), war doch bei den meisten Unbehagen und eine gewisse Verwirrung, bei einigen sich bis zur Angst steigernd, als Grundgefühl vorhanden.²⁾

- 1) Die Gesamtzahl der Patienten hat sich in dieser Tabelle eindeutig um jene Frauen verringert, die nur bei einem Arzt in freier Praxis oder nirgends zur Schwangerschaftsüberwachung waren (12; 5).
Bei den Privatpatienten und Patienten der Sonderberatungsstelle konnte der Besuch der Vorsorge aus technischen Gründen (Datenverarbeitung, Lochung) nicht als zusätzliches Merkmal erhoben werden.
Die unterschiedlichen Gesamtzahlen (Summen) in dieser und den folgenden Tabellen sind einerseits auf Mehrfachnennungen zurückzuführen, ergeben sich zum anderen aber daraus, daß 23 Frauen nur Patientinnen der Vorsorge in der Frauenklinik waren. 12 nur von einem Arzt außerhalb der Klinik behandelt wurden, und für die Patientinnen der Sonderberatungsstelle und die Privatpatienten das oben Gesagte gilt.
- 2) vgl. dazu: E.L.KOOS (15) S.313 f.
und: H.HOUGHTON (9)

Viele Frauen waren durch die Schwierigkeit stark verunsichert, sich - von ihrer normalen Umgebung isoliert - in der sachlich-sterilen Atmosphäre des Krankenhauses zurechtzufinden, dessen komplizierte Struktur für sie nicht einsichtig war (22).

Der bürokratische Ablauf des Empfangs mit seinen entpersönlichenden und neutralisierenden Effekten, die auf einer den Frauen nicht verständlichen verwaltungstechnischen Rationalität beruhen, verängstigte viele Frauen (31). Sie fühlten sich allein und ausgeliefert.¹⁾

Die Frauen der US, denen bestimmte Formen von Unpersönlichkeit von anderen Lebensbereichen her wohl vertrauter sind, waren weniger verwirrt als Frauen der OS, die teilweise völlig das Vertrauen verloren.²⁾

Die beengten räumlichen Verhältnisse, die langen Wartezeiten in einer wenig ansprechenden Umgebung, über die sich viele beklagten (49), führten bei einigen Frauen zu Resignation und Passivität, bei anderen zu emotionalen Spannungen, die sich in Kritik an den Räumlichkeiten, der Organisation, und vor allem in Aggressionen gegenüber den anderen Frauen entluden.

"Lange Wartezeiten, unregelmäßige Sprechstunden, unsauber" (Int.112). "Die Luft war schon unmöglich" (Int.100).

"Ich lehnte die anderen Patienten stark ab; eine bessere Organisation hätte dort sein können" (Int.11). "Alles ist so unästhetisch, die Frauen mit den dicken Bäuchen" (Int.104).

Über die langen Wartezeiten beklagten sich mehr Frauen der US als der OS.

Nur 2 Frauen unterhielten sich während der Wartezeiten mit anderen werdenden Müttern.

1) siehe dazu: J.J.ROHDE (32) S.230 ff.

2) vgl. auch: M.PFLANZ (29) S.9
und: ANN CARTWRIGHT (3) S.77 ff.

Wenn viele Frauen die Unpersönlichkeit des Krankenhauses noch akzeptierten, so nahmen sie doch den routinemäßigen Ablauf der ärztlichen Untersuchungen nicht mehr als selbstverständlich hin:

Sie kritisierten, man gäbe sich keine Mühe (16), es sei ein Massenbetrieb (14), das Vertrauen würde ihnen genommen (9).

"Na ja, dafür ist es ein Krankenhaus und kein Privatarzt, die untersuchen ja nicht richtig auf Kasse, die praktischen Ärzte sind noch schlimmer" (Int.5).

Viele wehren sich gegen den Lehrbetrieb in der Vorsorge:
"Die Blutentnahme hat mich schockiert, die vielen Studenten da!" (Int.109).

Andere fühlten sich ungerecht behandelt:

"Die Bevorzugung von Frauen mit Kind ist ungerecht, mußten die wirklich immer zur Gymnastik?" (Int.9)¹⁾

Isolation und Verlorenheit spricht aus der Äußerung einer Patientin: "Ich glaubte, daß alles zum Wohlbefinden von Mutter und Kind sei, hätte aber gern besser Bescheid gewußt" (Int.8).

Sie und andere (11) beklagten sich ausdrücklich über fehlende Information.

Die Frauen unternahmen wenig Versuche, ihre Isolation zu durchbrechen, nur wenige bemühten sich, Orientierungshilfen vom ärztlichen Hilfspersonal zu erhalten (7), und nur 45 Frauen (ungefähr die Hälfte) wandten sich an die Klinikärzte.

Diese Schüchternheit wird durch verschiedene Faktoren verursacht:

Die Frauen waren primär verängstigt, weil sie zu viel "Unvertrautes überkam" (J.ROHDE).²⁾ Sie mußten sich den Anordnungen des überbeschäftigten Personals unterordnen, die eige-

1) vgl. auch: Central Health Services Council (20), (19)

2) J.J.ROHDE (32) S.240 ff

nen Bedürfnisse unterdrücken.

Sie hatten Angst, ihre eigene Unsicherheit zu zeigen oder fürchteten sich vor Zurückweisungen.

Die routinemäßige Abfertigung durch das Krankenhauspersonal erzeugte in ihnen das Gefühl der Unnahbarkeit; dazu kam die Erwartung: man bekommt ja doch nichts gesagt.¹⁾

Zweifel, an wen sie sich wenden sollten, Kompetenzunsicherheit, kamen hinzu.

Ihre Erwartungen und Hoffnungen an die Vorsorge gingen im "Massenbetrieb" unter, der allein reiner Symptomerfassung diente.

So lassen sich viele Frauen in Passivität, infantiles Verhalten hineindrängen, geraten in einen Zustand der Hilflosigkeit.²⁾

Die Überwindung dieser Hilflosigkeit muß von Ärzten und Personal ausgehen, indem jederzeit Erklärungen und Informationen gegeben werden, auch ohne daß die Frauen fragen müssen.

Das große Maß an Vertrauen, das den Frauen abverlangt wird, erfordert in entsprechender Weise Kommunikation zwischen Laien und Fachkräften.³⁾

Warum diese Kommunikation nicht zustande kam, wird weiter unten noch differenzierter ausgeführt.

Die folgenden Untersuchungen sollen zeigen, ob die übrigen Einrichtungen der Schwangerenvorsorge: Mütterschule (Säuglingskurse), Gymnastik und Fürsorge eine zumindest teilweise Aufhebung der den medizinischen Bereich der Vorsorge charakterisierenden Isolation bewirkten, oder ob sie ebenso von

1) vgl. dazu: ANN CARTWRIGHT (3) S.73 ff.

2) siehe: M.BALINT (2) S.238
und: J.J.ROHDE (32) S.240 ff.

3) siehe dazu: H.HOUGHTON (9),
Central Health Services Council (19, 20),
ebenso die anderen Autoren (3, 27, 28, 32)

den Frauen mißverstanden, falsche Erwartungen an sie gestellt wurden, und ob diese Einrichtungen selbst die Bedürfnisse der Frauen in Rechnung stellten.

5.3 Die Mütterschule (Säuglingskurs)

36 Frauen hatten an einem Säuglingskurs teilgenommen, nur 14 Frauen schien dieser Kurs eine nützliche Hilfe bei der Überwindung der eigenen Unsicherheit gegenüber dem Problem "Baby" zu sein. Die Zeit für praktische Übungen erschien den werdenden Müttern zu kurz, die angebotenen Informationen zu allgemein. Hier hatten die Schwangeren sich mehr konkrete Entscheidungshilfen gegenüber dem Überangebot an Baby-Pflegemethoden und Baby-Artikeln erhofft.

Die Frauen der OMS und OS hatten sich etwas stärker beteiligt (21), kamen aber, da sie qualifiziertere Informationen wünschten, zu dem gleichen negativen Urteil wie die übrigen Frauen.

5.4 Die Schwangerengymnastik in der Frauenklinik

Motivationen für Teilnahme oder Fernbleiben

	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
ja, körperlich und psychisch Geburtserleichterung	48	2	12	24	10
ja, Schlankheit, Beweglichkeit	5			2	3
ja, Aufklärung	8		2	5	1
nein, medizinisches Verbot	15	2	2	7	4
nein, Gymnastik aus Buch	4	2		1	1
nein, Gymnastik bei d. Arbeit	12	4	3	2	1
nein, zu faul	8	4	3	1	
nein, keine Zeit	35	15	9	8	3
nein, kein Platz f.d. Kinder	24	8	9	4	3
wußte nicht, nicht notwendig	15	7	3	1	4
Summe (Mehrfachnennungen) ¹⁾	164				

¹⁾ Grundgesamtheit 137 als Basis

Nur 48 Frauen gingen regelmäßig zur Gymnastik, bei 17 Frauen war die psychologische Erleichterung das Hauptmotiv:

"Man fand sich besser in den Vorgang (Schwangerschaft) hinein, fühlte sich besser, psychologisch war wohl eine Erleichterung da, wenn es auch nicht so ist, wie die Gymnastik-Lehrerin sagte" (Int.10).

"Ich fühlte mich da wohl, man redete über alle Probleme" (Int.6). "... um mich abzulenken, und um andere Frauen im gleichen Zustand zu sehen" (Int.7).

Die Frauen waren zufrieden mit der ihnen gebotenen Information, entwickelten nicht ein Gefühl der Verlorenheit wie in der Vorsorge.

Anders als der Besuch der Vorsorge in der Frauenklinik, erfolgte der Besuch der Gymnastik auf den Rat der Klinikärzte oder der in der Beratungsstelle tätigen Fürsorgerin.

Die Ärzte in freier Praxis schienen ihre Patientinnen nicht eindringlich genug auf die Wichtigkeit der Gymnastik hingewiesen zu haben:

Nur eine Frau aus diesem Patientenkreis nahm an einem Gymnastikunterricht teil.

Fehlendes Verständnis: "Ich hatte bei der Arbeit genug Gymnastik" (Int.94) und mangelnde Energie hielten viele Frauen von der Gymnastik fern (20), die Anzahl der Frauen aus den unteren Schichten überwog bei dieser Gruppe.

Viele Frauen waren ratlos, wo sie ihre Kinder während der Gymnastikstunden unterbringen sollten, und sprachen sich für die Einrichtung eines Kinderzimmers in der Nähe der Gymnastik- und Warteräume aus (24).

Es zeigte sich, daß der Besuch der Gymnastik abhängig war von ausführlichen Hinweisen durch Mitglieder der Beratungsstelle und von einem Bedürfnis nach psychologischer Betreuung und Information.

Diese Art der Betreuung schien - anders als in der Beratungs-

stelle selber - in einer die Frauen zufriedenstellenden Weise erfolgt zu sein.

Es wurde keine Kritik an den angebotenen Informationen laut wie bei den Säuglingskursen; die Einrichtung wurde lediglich in bezug auf die mangelnde räumliche und personelle Möglichkeit, Kinder während der Kursstunden unterzubringen und zu beaufsichtigen, kritisiert.

5.5 Die Beratungsstelle der Fürsorge in der Frauenklinik

5.5.1 Informationsstand über Rechte und Verordnungen zugunsten der werdenden Mütter und Besuch der Fürsorgerin

Informationsstand	Gesamtzahl
keine Ahnung	38
Mutterschutz oder Mutterschaftsgeld gewußt	20
Mutterschutz u. Mutterschaftsgeld gewußt ¹⁾	26
Mütterurlaub oder Kinderkrippe oder Heime usw. zusätzlich gewußt zu Mutterschutz und Mutterschaftsgeld	25
vollständig informiert	28
Summe	137

Besuch der Fürsorgerin	Gesamtzahl
ja, bestimmte Fragen	22
ja, keine bestimmten Fragen, aber Informationsbedürfnis	24
ja, weil von Vorsorge geschicht	23
ja, erst nicht, dann doch	6
nein, keine Fragen	57
nein, früher dagewesen	3
keine Angaben	2
Summe	137

1) Mutterschutz: Die Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes
Mutterschaftsgeld: Einmalige Leistung der Krankenkassen an die jungen Mütter

Es ließ sich kein Zusammenhang zwischen dem Besuch der Fürsorgerin in der Beratungsstelle und dem Informationsstand der Frauen herstellen:

Nur 22 Frauen kamen mit bestimmten Fragen zur Fürsorgerin, davon erkundigten sich nur 2 nach den oben genannten Rechtsbestimmungen,¹⁾ 24 kamen, weil sie "mal hören wollten, was die Fürsorgerin zu sagen hätte", sie hatten keine klaren Vorstellungen, wohl aber eine gewisse Erwartungshaltung informationen betreffend.

23 Frauen gingen, weil sie im Rahmen des Routineablaufs in der Beratungsstelle zur Fürsorgerin geschickt wurden.

57 Frauen suchten die Fürsorgerin nicht auf, weil sie "keine Fragen hatten".

Hinter diesem Argument verbarg sich bei 49 Frauen Voreingenommenheit gegenüber der Stelle:

"Fürsorge, das ist doch für sozial Bedürftige, was sollte ich da?" (Int.94).

"Die Fürsorge ist für sozial Bedürftige"

- Schichtabhängigkeit - :

Gesamtzahl	US	UMS	OMS	OS
49	16 (1)	12	14	7

Dies trifft besonders für die Frauen der US und UMS zu, die sich bewußt von der Fürsorge distanzieren:

Vielleicht Ausdruck von Mißtrauen gegenüber sozialen Institutionen, die sich eventuell "von Rechts wegen" in ihre Angelegenheiten mischen, und deren Hilfe einen sozialen Abstieg bedeuten könnte.

Auch für die Frauen der OS und OMS war der Begriff Fürsorge

1) vgl. S. 52

negativ besetzt.¹⁾

Dies sowie die räumliche Trennung von Beratung durch Arzt und Fürsorgerin macht die Tatsache verständlich, daß nur 2 Patientinnen der Ärzte in freier Praxis eine Fürsorgerin aufsuchten.

5.5.2 Das Gespräch mit der Fürsorgerin

75 Frauen suchten die Fürsorgerin in der Beratungsstelle auf: die Mehrzahl der Gespräche verlief in freundlicher Atmosphäre (47), während sich einige Frauen über den zu sehr belehrenden oder zu unpersönlichen, eiligen Ton des Gespräches beklagten (19).

3 Frauen empfanden das Gespräch als unangenehm.

Die Gespräche hatten verschiedenen Inhalt:

-
- 1) Die Frauen wurden nach ihrer Meinung über die "Wochenhilfe" (im Mutterschutzgesetz beschriebene Hilfspersonen für überbelastete junge Mütter) befragt. Auch hier zeigte sich diese Grundeinstellung gegenüber der "Fürsorge".

Nur 20 Frauen meinten, sie würden eine "Wochenhilfe" beantragen, wenn es ihnen zustünde oder wenn es anders nicht mehr ginge.

21 Frauen äußerten Bedenken gegenüber der Idee einer fremden Frau im Haushalt:

"Mein Mann hätte was dagegen." (Int.)

"Die schnüffeln herum oder machen was kaputt!" (Int.)

38 Frauen wollten eher versuchen, es allein oder mit Hilfe der Familie zu schaffen.

"Hätte ich nicht gewollt, solange noch jemand in der Familie laufen kann!" (Int.)

59 Frauen hatten keine Meinung, da die Bestimmungen der "Wochenhilfe" ihnen ganz unbekannt waren.

rechtliche Fragen (2),
das Kind betreffende Fragen (30),
den eigenen Gesundheitszustand (21),
die Familiensituation (15)
den Krankenhausaufenthalt (11)
(Entbindung)
die Gymnastik (14).

Hier zeigt sich deutlich, daß der Besuch der Fürsorgerin für die Frauen eine entlastende Funktion hat:

Sie wagten hier, ihre Probleme zu formulieren (besonders Frauen der US) und erbaten detaillierte Informationen (mehr Frauen der OS).

Die Frauen suchten hier einen Ausweg aus der Isolation, in die sie auf Grund der mangelnden Kommunikation im Dreieck Arzt / ärztliches Hilfspersonal / Schwangere gerieten, indem sie sich an eine Instanz wandten, die sie nicht als unmittelbar zum "Betrieb Krankenhaus" gehörig empfanden, von der sie aber doch eine Art Vermittlung erhofften, wie die Gespräche zeigten, deren Inhalt zum größten Teil medizinische und das Krankenhaus betreffende Fragen waren.

5.5.3 Die Informationsaufgabe der Fürsorge

Der auch ihrem eigenen Selbstverständnis nach zwischen Laien und Organisation Krankenhaus ebenso Einrichtungen der Sozialfürsorge vermittelnden Fürsorge war so die Aufgabe der Information über Sozialfürsorge aber auch über die Schwangerenversorgung zugefallen.

Die Fürsorgerin suchte durch die Verteilung von Heften und Broschüren dieser Vermittlerrolle gerecht zu werden.

("Ärztlicher Ratgeber des Bundesgesundheitsministeriums",
"10 Gebote für werdende Mütter", Berliner Landesausschuß für gesundheitliche Volksbelehrung.

"Baby-Buch", Professor MORRIS, deutsche Bearbeitung, "Merk-

blatt", deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie, Hefte, herausgegeben von verschiedenen Säuglingsnahrungsfirmen.)

Beurteilung der Broschüren durch die Frauen

Beurteilung	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
hilfreich	32	12	5	13	2
zu naiv, gar nicht erst gelesen	5	-	2	2	1
wenig vertrauenerweckend, wie Illustrierte	4	-	3	1	-
unzureichend, Fachbuch gewünscht	61	8	19	20	14
nichts bekommen	36	12	8	8	8
ich habe lieber ein Buch gelesen	8	2	1	3	2
Summe ¹⁾ (Mehrfachnennungen)	146				

Die durch die Broschüren gegebenen Informationen wurden von sehr vielen Frauen als unzureichend empfunden.

Für das bestehende Vorurteil, Frauen aus den Unterschichten seien mit simplifizierenden Informationen zufriedenzustellen, ergab sich keine Grundlage; den Frauen waren die Broschüren zu naiv:

"Naiv, aber für umsonst war es gut genug" (Int.11)

Sie lasen sie überhaupt nicht, weil sie kein Vertrauen hatten: "Ich habe sie gar nicht erst gelesen" (Int.16, 18 u.a.).

Die meisten Frauen äußerten den Wunsch nach einem Fachbuch: "Ich mußte im Gesundheitsbuch nachsehen" (Int.8). "Ja, ein Buch hätte ich gern bekommen, da ich allein war mit den Pro-

1) Basis 137: zu beachten ist, daß nicht nur die Fürsorgerin sondern auch manche Ärzte solche Broschüren an die Schwangeren gaben; so hatten 101 und nicht 75 Frauen solche Hefte erhalten.

blemen" (Int.36).

Die Fürsorgerin konnte wohl im persönlichen Gespräch ihre Vermittlerfunktion zur Zufriedenheit der Frauen erfüllen und so bei der Überwindung von Unsicherheit, Verwirrung und Mißverständnissen helfen, damit zu einem optimalen Verhalten der Frauen beitragen; die von den Institutionen geleistete Vermittlungsarbeit ging an diesem Ziel vorbei, weil sie nicht die Informationsbedürfnisse und Ansprüche der Frauen berücksichtigte:

Die Institutionen schätzten das Vorwissen der Laien falsch ein, lieferten so nicht die Informationen, die zur Überwindung der Kommunikationsschwierigkeiten in der Vorsorge nötig waren.

Wieder wurden die Frauen sich selbst überlassen, zurückverwiesen an das "Laienkommunikationssystem".

6. Informationsprobleme im Laienkommunikationssystem

6.1 Schwangerschaft, Mutterschaft:

Verhalten, Informationsschwierigkeiten

In allen das Kind betreffenden, mehr organisatorischen Fragen (von der Art des Windelns bis zur Ernährung) und über Probleme, ihr eigenes Verhalten während der Schwangerschaft und kurz danach betreffend (Sport treiben, Mode, Arbeit, Pflege, Ernährung usw.), informierten sich die Frauen auf folgende Weise:

Informationsquellen	Gesamtzahl
Mutter, weitere Familie	63
Ehemann	20
Säuglingskurs	36
Ärzte	7
Zeitschriften/Illustrierte	19
Bücher	77
Summe (Mehrfachnennungen)	222

Die ihre Mütter um Rat bittenden Frauen blieben oft unzufrieden: "Was die Mutter erzählt, ist veraltet" (Int.29).
"Mutters Wissen? Das ist lange her" (Int.71).

Über den Eindruck der Mütterschule wurde bereits berichtet.¹⁾

Viele suchten die Probleme gemeinsam mit dem Ehemann zu lösen,²⁾ was bei einem werdenden Vater zu folgendem "Solidaritätsverhalten" führte:

"Mein Mann arbeitet in einer Papierfabrik, da hat er einfach ein Buch mitgenommen" (Int.113).

Mit Hilfe verschiedener Bücher wurde versucht, Informationslücken zu füllen:

Diese Bücher waren von Freunden, der Familie ausgeliehen, stammten aus Kaufhäusern, Kiosken, Buchläden und Bibliotheken. Es handelte sich um Werke pseudowissenschaftlichen Charakters mit klingenden Titeln, jedoch auch um Fachbücher wie 'Die schmerzlose Geburt' (READ) oder 'Das kleine Frauenbuch' (MARTIUS).

In Illustrierten und Zeitschriften suchten die Frauen in überraschend geringer Zahl nach glaubwürdigen Informationen.

1) vgl. S. 50

2) vgl. dazu: S. 26 ff.

6.2. Schwangerschaft, Mutterschaft:

Der biologische Vorgang, Informations- schwierigkeiten

Um ihr Wissen über den biologischen Vorgang der Schwangerschaft befragt, zeigten sich die Frauen wie aus der Tabelle ersichtlich informiert:

Informationsstand	Gesamtzahl
einigermaßen informiert	95
mit Einschränkungen informiert	31
keine Ahnung, mangelhaft	6
keine Angaben	5
Summe	137

Die sich selber als "unaufgeklärt" bezeichnenden Frauen waren aus der Unterschicht, worin sich der Nachholbedarf dieser Schicht in Bildungsfragen zeigt:

"Vor 3 Wochen habe ich alles gelesen, ich hatte ja keine Ahnung, wie man Kinder bekommt" (Int.85).

"Ich war allein (Heimzögling), hatte einen Unfall, die Feuerwehr brachte mich ins Krankenhaus, da wurde die Schwangerschaft festgestellt. Ich hatte nichts gewußt, auch nicht von der 'Regel'!" (Int.113).

"In der 'Bravo' habe ich alles bis in alle Einzelheiten aber ungenau gelesen" (Int.21, Mutter von 12 Kindern!).

Informationsquellen

	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
"Hörensagen"	9	4	-	4	1
"Erfahrung"	11	5	3	3	-
Illustrierte	7	2	3	2	-
Fernsehen/Film/Rundfunk	7	2	2	-	3
Bücher	90	17	26	27	20
Beruf/Ausbildung	24	3	2	10	9
Familie, Freunde, Nach- barn, Bekannte	17	6	4	4	3
Arzt	20	6	6	4	4
Säuglingskurs	15	1	4	6	4
Summe (Mehrfachnennungen)	200				

Fernsehen, Rundfunk, Filme und Illustrierten wurden als Informationsmöglichkeit genutzt (14):

"Wenn ich Zeit habe, löse ich beim Illustriertelesen Kreuzworträtsel, da erfährt man was" (Int.47).

"Ich lese den 'Stern'" (Int.14).

Vom "Hörensagen" oder von der "Erfahrung" war das Wissen vieler werdenden Mütter abhängig (20), ebenso von den Informationsmöglichkeiten in Ausbildung und Beruf (24), die für die unteren Schichten in weit geringerem Maße gegeben waren.¹⁾

In der Familie und im Bekanntenkreis schienen erhebliche Hemmungen zu bestehen, sich über den biologischen Vorgang der Schwangerschaft zu unterhalten, nur 17 Frauen erhielten dort Antwort auf ihre Fragen:

"Meine Mutter hat mich auch nicht weiter aufgeklärt, das finde ich total verkehrt" (Int.129).

Die von den Massenmedien und verschiedenen Personen gelieferten Auskünfte erschienen vielen Schwangeren als nicht er-

1) vgl. S. 11 f.

schöpfend:

Gewünschte Informationen

	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
im ganzen	56	10	14	18	14
Komplikationen	30	5	10	8	7
Rh - Faktor	6	3	1	1	1
Kindesentwicklung	4	-	1	-	3
Auswirkungen von Krankhei- ten auf Schwangerschaft	5	1	1	1	2
Medikamente und anderes	11	2	3	2	4
Information macht Angst	15	2	1	8	4
unbestimmt, vages Infor- mationsbedürfnis	17	7	4	4	2
Summe (Mehrfachnennungen)	144				

Viele Frauen wurden so wieder auf Bücher als Bildungsmittel verwiesen und durchforschten diese nach Mitteilungen über die physiologischen und pathologischen Zusammenhänge von Schwangerschaft und Geburt:

"... las ein ärztliches Fachbuch, ganz modern, alle drei Jahre neu aufgelegt" (Int.20).

Diese Bemühungen führten nicht zum Ziel, denn für Auswahl, kritische Beurteilung und Verständnis der Bücher fehlte den Frauen wiederum das Rüstzeug:

Nur 16 Frauen waren letztlich mit ihrem eigenen Wissensstand zufrieden, nur 4 waren der Ansicht, man könne überall sein Wissen aufbessern, wenn man sich nur bemühe.

Nur wenige Frauen zeigten sich desinteressiert und dachten wie diese (17): "Darüber macht man sich am besten keine Gedanken, ich habe auch keine Zeit dazu" (Int.47).

Die sich nicht zurechtfindenden Mütter äußerten den Wunsch

nach Aufklärung durch folgende Instanzen:

Aufklärung	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
durch den Arzt	43	7	10	16	10
durch ein vom Arzt empfoh- lenes Fachbuch	103	25	22	32	24
Film/Fernsehen/Rundfunk durch Fachkräfte	49	10	13	11	15
Zeitungen/Illustrierte	9	2	3	3	1
Gesundheitsbehörden	7	2	2	3	-
Unterricht in der Vorsorge (Wartezeit, Gymnastik, Für- sorge) durch Ärzte	30	5	8	9	8
kein Informationsbedürfnis	17	7	4	4	2
Summe (Mehrfachnennungen)	228				

Fast alle wünschten sich ein Fachbuch, das sie in der Vorsorge bekommen könnten, oder das ihnen dort von Ärzten empfohlen werden sollte.

Sendungen im Fernsehen/Rundfunk oder Filme werden nur gewünscht, wenn sie von Fachkräften geleitet würden.

Viele wandten sich dagegen, daß solche Sendungen allein der Übermittlung von Wissen dienen sollten: "Man hat oft keine Zeit, alle haben keinen Fernseher" (Int.). "An das Fernsehen kann man keine Fragen stellen, und es ist oft so kompliziert" (Int.).

Der Vorschlag, die langen Wartezeiten in der Beratungsstelle der Vorsorge durch von Ärzten gehaltenen Unterricht zu verkürzen, fand bei vielen Frauen Anklang. Die Forderung nach Beratung durch Fachkräfte (Ärzte) schien für viele der einzige Ausweg aus dem Informationsdilemma.

So schließt sich der Kreis, in den die Frauen bei ihrer Suche nach Information geraten, zu einem *circulus vitiosus*:

Die mit laienhaften Vorstellungen und ungenügendem Verständ-

nis in die Vorsorge kommenden Frauen werden dort in ihren Erwartungen enttäuscht und an das "Laienkommunikationssystem" zurückverwiesen. Dieses vermag den werdenden Müttern nur unsystematische und selektive Informationen zu liefern und wird auch subjektiv als qualitativ unzureichend empfunden.

Die inhaltliche Bindung der angebotenen Informationen an schichtspezifische Normen und Wertsysteme und die nicht immer sachgerechten Bildungsangebote der Massenmedien verweisen auf notwendige - in anderer und qualitativ verbesserter Form notwendige - Aufklärungsarbeit des staatlichen Gesundheitsdienstes.

Warum die medizinischen Fachkräfte hier versagen, soll durch den Versuch einer Darstellung des für die Vorsorge charakteristischen Arzt-Patient-Verhältnisses deutlich gemacht werden.

Exkurs:

7. Schwangerschaftsverhütung und Kinderwunsch

Mit Hilfe einiger Fragen wurde versucht, ein Bild von der Einstellung der Frauen zu ihrer Schwangerschaft und zu dem Problem der Schwangerschaftsverhütung zu gewinnen.

7.1 Kinderwunsch

Befragt, ob sie sich ihr Kind gewünscht hätten, antworteten die Frauen wie folgt:

Kinderwunsch	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
ja, mein Mann und ich	55	18	13	16	8
ja, ich selber	3	-	1	2	-
ja, mein Mann	1	1	-	-	-
ich weiß nicht	1	-	1	-	-
wir haben beide das Kind zu diesem Zeitpunkt geplant	50	4	11	21	14
nein, eigentlich sollte kein Kind kommen	26	11	9	4	2
keine Antwort	1	-	1	-	-
Summe	137				

Von beiden Eltern nicht zu dem entsprechenden Zeitpunkt erwünscht waren 55 Kinder, nur dem Wunsch eines Ehepartners entsprach das Kind in 4 Ehen.

26 Frauen meinten, "eigentlich sollte kein Kind kommen", von diesen waren 20 Frauen Angehörige der unteren Schichten.

50 Kinder wurden bewußt von beiden Ehepartnern für eine bestimmte Zeit geplant. Auffällig ist, daß nur 4 Frauen der US, dagegen sehr viele Frauen der oberen Schichten ihre Kinder bewußt planten.

Hier werden wiederum die verstärkten Emanzipationsschwierigkeiten, die Bildungs- und Informationsnotlage in den unteren Schichten deutlich.

7.2 Schwangerschaftsverhütung

Verhütung	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
nein	61	21	15	16	9
unregelmäßig	31	8	7	8	8
regelmäßig	34	4	10	17	3
keine Antwort	11	-	2	2	7
Summe	137	33	34	43	27

61 Frauen verneinten die Frage, ob sie Methoden zur Schwangerschaftsverhütung anwenden würden. Nur ein Drittel der Frauen der OS, hingegen zwei Drittel der Frauen der US äußerten sich negativ; es läßt sich wiederum der oben genannte Zusammenhang: Loslösung von subkulturellen Normen, Bildungs- und Informationsschwierigkeiten herstellen.

34 Ehepartner suchten regelmäßig, 31 unregelmäßig, mit verschiedensten Mitteln eine Empfängnis zu verhüten:

Verhütungsmittel	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
Basaltemperatur	1	-	-	1	-
Knaus-Ogino	30	1	8	14	7
ich überlasse es meinem Mann (coitus interruptus)	6	3	1	1	1
mechanische Mittel	16	1	4	6	5
chemische Mittel	2	-	1	1	-
Kombination mechan. und chem. Mittel	-	-	-	-	-
Ovulationshemmer	29	9	6	9	5
Summe (Mehrfachnennungen)	84 ¹⁾				

1) Basis 65, vgl. obere Tabelle

Die "Pille" ist das am häufigsten angewandte Mittel in der US, nur eine Frau dieser Schicht verhütete nach der Methode Knaus-Ogino, während diese häufiger in der OS benutzt wurde. Den mechanischen Mitteln gaben US und OS vor dem coitus interruptus den Vorzug.

Daß kaum Frauen der US die Methode Knaus-Ogino anwandten, liegt nur teilweise an der "einfacheren Anwendung der Pille". Bildungsprobleme und Informationsschwierigkeiten spielten eine Rolle, weil, wie weiter unten gezeigt wird, die Frauen der US weniger ihre Ärzte befragten und von diesen nicht optimal beraten werden konnten; entscheidend war aber die größere Sicherheit bei Anwendung von Ovulationshemmern, denn die Frauen der US verhüteten entweder, weil sie schon mehrere Kinder besaßen, oder sie sich finanziell kein weiteres Kind leisten konnten (siehe unten).

Alle Frauen wurden nach ihrer Einstellung zum Gebrauch von Ovulationshemmern gefragt:

Einstellung zur "Pille"	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
nein, aus religiösen, ethischen, moralischen Gründen	11	4	1	3	3
nein, bei vorehelichem Verkehr	1	-	-	1	-
nein, aus medizinischen Gründen	10	1	2	4	3
nein, Angst vor Nebenwirkungen	42	5	10	16	11
nein, mein Mann ist dagegen	8	1	2	3	2
ja, ich will nicht gleich wieder ein Kind	9	2	3	4	-
ja, wenn schon mehrere Kinder vorhanden sind	7	5	-	1	1
ja, weil es die sicherste Methode zur Planung ist	13	3	3	5	2
ja, wenn Planung aus finanziellen Gründen nötig ist	11	6	-	3	2
ja, weil man Kinder haben kann, wenn man sie wünscht	3	1	1	1	-
ja, zuerst nicht, jetzt will ich sie nehmen	61	17	19	16	9
Summe (Mehrfachnennungen)	176				

Viele Frauen waren für die Verwendung der "Pille", weil sie die sicherste Methode zur Planung bedeute, oder wenn aus finanziellen Gründen wegen Kinderreichtums Planung nötig sei (31). Besonders Frauen der US führten diese Argumente an, nur 5 Frauen der OS vertraten diese Ansicht.

Eine dieser Frauen sagte ausdrücklich: "Ich bereue, daß ich die Pille nicht nahm" (Int.).

Einige Frauen waren für Ovulationshemmer, um nicht gleich wieder schwanger zu werden, oder um das nächste Kind nach Wunsch zu planen (12).

61 Frauen schienen durch die Schwangerschaft ihre Einstellung zur "Pille" revidiert zu haben: Sie entschlossen sich erstmalig nach dieser Schwangerschaft, diese zur Schwangerschaftsverhütung anzuwenden.

Aus religiösen oder moralischen Gründen, oder weil der Ehemann nicht zustimmte, sprachen sich 20 Frauen grundsätzlich gegen Ovulationshemmer aus.

Eine junge Mutter (4 Kinder, 1 Totgeburt, aus der US) gab folgende Stellungnahme ab: "Seit ich so viele Aufklärungsartikel zu sehen bekomme, ist das Verhältnis gestört. Ich würde mich ekeln, das Zeug zu nehmen, bloß um ins Bett zu gehen. Das wäre viel zu ausführlich! Die Liebe würde abkühlen!" (Int.).

Eine Frau entrüstete sich über die Verwendung der "Pille" bei "vorehelichem Verkehr" (Int.), während eine andere ausdrücklich betonte: "Die Pille? Ja, weil man es auch ruhig unverheiratet tun soll" (Int.).

42 Frauen fürchteten sich vor Nebenwirkungen: "Das sind Eingriffe in natürliche Vorgänge, das soll man nicht tun" (Int.). "Die Pille? Nein, weil ich kein Tablettenschlucker bin" (Int.).

Daß häufig Frauen der OS sich vor Nebenwirkungen fürchten, kann mehr Verständnis für medizinische Zusammenhänge vermuten lassen, legt aber ebenso die Vermutung eines Rationalisierungsversuches anderer Bedenken nahe.

7.3 Beratungsstelle für Familienplanung

26 Frauen gaben freimütig zu, daß sie ihr Kind eigentlich nicht gewünscht hatten.¹⁾ Es ist anzunehmen, daß diese Zahl größer ist, da sich viele Frauen wegen der negativen sozialen Sanktionierung einer solchen Äußerung sicherlich nicht gleich offen aussprachen.

Zwischen diesen Frauen und den sie vor der Schwangerschaft behandelnden Ärzten, beziehungsweise den Ärzten von Entbindungskliniken bei früheren Geburten, schien es nicht zu einem offenen Gespräch über Schwangerschaftsverhütung gekommen zu sein.

Von seiten der Befragten wurde eine engere Kontaktaufnahme zu den Ärzten in den speziellen Problemen der Familienplanung gewünscht:

Die Frauen wurden gefragt, ob sie die Einrichtung von Beratungsstellen, Sondersprechstunden für Familienplanung für sinnvoll hielten, und äußerten sich folgendermaßen:

	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
nein, ich ginge nicht hin	8	5	-	1	2
nein, ich gehe zu meinem Arzt	19	2	3	8	6
nein, nicht nötig, muß jeder selber wissen	12	1	4	5	2
nein, mein Mann ist dagegen	3	1	1	1	-
ich weiß nicht	20	4	6	7	3
ja, unbedingt notwendig	37	10	8	9	10
ja, Arzt zu sehr belastet, Sonderberatung besser	9	3	1	3	2
ja, ich will mich beraten lassen, wie es nach diesem Kind weitergehen soll	29	10	10	9	-
Summe	137				

1) vgl. Tabelle S. 64

37 Frauen hielten die Einrichtung einer solchen Beratungsstelle für unbedingt notwendig. 29 Frauen wären bereit, sich dort in bezug auf ihr Verhalten nach dieser Schwangerschaft beraten zu lassen.

Das Bedürfnis nach weiterführender Beratung schien in der US und UMS besonders groß zu sein, die Frauen der OS hielten eine solche Sondersprechstunde eher für andere Frauen für notwendig, keine wollte sich selbst dort beraten lassen. Sie schienen guten Kontakt zu ihren Ärzten zu haben und gaben an, diese Probleme mit diesen besprechen zu wollen (19).

Viele Frauen lehnten eine solche Sprechstunde mit Argumenten ab wie: "Ich ginge da nicht hin", oder: "Das muß jeder selbst wissen", "mein Mann ist dagegen" (Int.) (20).

Auch in der Frage der Schwangerschaftsverhütung wird das Angewiesensein der Frauen auf die Ärzte deutlich.

Von den Ärzten wird eine größere Bereitschaft gefordert, die betreffenden Patientinnen auf die Probleme der Schwangerschaftsverhütung aufmerksam zu machen und auf Fragen und Schwierigkeiten der Frauen einzugehen.

Für ihre beratende Funktion besonders in den Fragen der Schwangerschaftsverhütung müssen die Ärzte Einblick in soziologische Zusammenhänge besitzen, wie die Wandlung der Geschlechtsrolle der Frau, die Veränderung der Beziehung der Ehepartner.¹⁾

Ärzte und Patientinnen müssen gemeinsam lernen, diese Probleme frei zu diskutieren, ohne daß Furch oder Verlegenheit entsteht.

Warum eine solche Gesprächsatmosphäre sich nicht herstellen läßt, wird im folgenden Abschnitt deutlich werden.

1) vgl. dazu: M.JEFFERYS (11)

8. Das Arzt - Patient - Verhältnis als Kommunikationsproblem

8.1 Kommunikationsschwierigkeiten in der Vorsorge

Die werdenden Mütter, die - wie aus dem bisher Gesagten hervorgeht - ein starkes Bedürfnis nach Information durch eine Instanz mit der nötigen Qualifikation (Ärzte) hatten, verhielten sich in der Beratungsstelle wie folgt:

Befragung des Arztes	Gesamt- zahl	US	UMS	OMS	OS
nein, ohne Begründung	6	-	1	5	-
nein, trauten sich nicht	26	4	11	8	3
nein, es ging zu schnell	30	4	12	8	6
nein, nicht nötig	25	9	6	6	4
ja, spezielle Fragen	46	8	9	17	12
ja, allgemeine Fragen	12	3	6	3	-
Summe (Mehrfachnennungen)	145				

Zum Vergleich:

Befragung des außerhalb der Klinik behandelnden Arztes 1)	Gesamt- zahl
nein, ohne Begründung	3
nein, traute sich nicht	9
nein, es ging zu schnell	11
nein, nicht nötig	12
ja, spezielle Fragen	63
ja, allgemeine Fragen	5
Summe (Mehrfachnennungen)	103

- 1) Es ergab sich in dieser Tabelle keine schichtspezifische Verteilung der Merkmale, deshalb Schichtverteilung nicht aufgeführt.
Wichtig: Beim Vergleich der beiden Kolonnen der Gesamtzahlen müssen die unterschiedlichen Summen berücksichtigt werden, außerdem gilt das in Anm.1 S. 46 Gesagte!

Nur 46 Frauen stellten den Ärzten in der Vorsorge¹⁾ Fragen über spezielle Probleme, 12 weitere erbaten allgemeine Auskünfte, alle anderen fragten aus den verschiedensten Gründen nicht.

Sie "trauten" sich nicht (26), es "ging zu schnell" (30), oder sie fanden, es sei "nicht nötig" (25).

Diese vagen Aussagen stehen für verschiedenste Ursachen, die ein Gespräch zwischen Patientin und Arzt in der Beratungsstelle verhinderten:

Die von der Organisation Vorsorge um ihrer eigenen Funktionsfähigkeit willen beabsichtigte "partielle Regression" (ROHDE)²⁾ drängte viele Frauen in totale Passivität, die sie nicht allein überwinden konnten.³⁾

"Gefragt? Nein, ich wollte es aber eigentlich gern" (Int.13).

Teilweise rationalisierten die Frauen ihre Apathie, indem sie sich in die Rolle der Ärzte versetzten:

"Man traut sich nicht zu fragen, man stört sie ja bei der Arbeit" (Int.21). "Wie sollen die Ärzte auch durchkommen bei der großen Anzahl" (Int.54).

Die Einrichtung des Behandlungsraumes, die Ungewißheit über die bevorstehenden Untersuchungen und die sich ergebende Diagnose wirkten verunsichernd.

Viele Frauen scheuten sich, ihre eigene Unwissenheit zu zeigen: "Ich traute mich nicht zu fragen, weil ich keine Ahnung hatte" (Int.28).

Formulierungsschwierigkeiten, die ihnen fehlenden Begriffe für ihnen fremde Zusammenhänge ließen viele Frauen resignieren.

1) Im folgenden einfach als 'Ärzte' bezeichnet, die außerhalb der Klinik tätigen Ärzte werden als 'Hausärzte' usw. bezeichnet.

2) J.J.ROHDE (32) S.397

3) vgl. dazu S. 46 f.

"Ich wußte immer nicht so, wie ich die Fragen stellen sollte" (Int.109).¹⁾

Einige empfanden die Anonymität durchaus als positiv: "Ich wollte da auch gar nicht mein Herz ausschütten" (Int.103).

Die "Angst vor dem weißen Kittel" wird bei vielen ausschlaggebend gewesen sein.²⁾

Die für das Arzt - Patient - Gespräch allgemein geltende Regel: der Arzt fragt, der Patient ist der Befragte, wirkte ebenfalls verhaltensbestimmend:³⁾

"Zu fragen schien mir nicht nötig, der wird schon wissen" (Int.18).

Die These, daß die Frauen der US sich insgesamt passiver verhalten,⁴⁾ ließ sich nicht eindeutig bestätigen.

Diese Faktoren, außerdem die Formalisierung des Arzt - Patient - Verhältnisses in der Vorsorge - allein durch die zeitliche Beschränkung⁵⁾ und die den Klinikärzten in ganz anderer Weise zugeschriebene, sie unnahbar machende "Autorität" - bestimmen das Verhalten der Patientinnen in der Vorsorgestelle der Klinik. Nur 23 Frauen hatten die gleichen Hemmungen, ihre außerhalb der Klinik tätigen Ärzte zu befragen.

1) vgl. dazu H.HOUGHTON (9)

2) siehe dazu E.FREIDSON (7). Er weist nach, daß diese Angst besonders in der US besteht. Eindeutig läßt sich das in dieser Untersuchung nicht nachweisen, vgl. dazu Tabellen S. 56, 61, 62.

3) H.U.DEPPE (4) kommt zu dem Schluß, das Verhalten sei dadurch gekennzeichnet, daß der Arzt primär Befehlender, der Patient Gehorchender ist.

4) vgl. dazu: ANN CARTWRIGHT (3) S.82 ff.
und: E.FREIDSON (7)

5) Wie wichtig der Zeitfaktor ist, zeigt die Tatsache, daß alle Patientinnen der Sonderberatungsstelle, die ebenfalls einen Klinikarzt als Gegenüber hatten, der aber mehr Zeit für jede Patientin zur Verfügung hatte, angaben, diesen Arzt befragt zu haben.

Information durch den Arzt in der Vorsorge
und durch den Arzt außerhalb der Klinik

Information	Gesamtzahl Klinikerarzt	Gesamtzahl Hausarzt
fast nicht	18	11
unzureichend	26	11
klischeehaft	10	4
es kam drauf an	31	11
er ist sehr auf mich ein- gegangen	26	51
er hätte öfter genau infor- mieren sollen	46	29
er hatte zu wenig Zeit	18	13
Summe (Mehrfachnennungen)	175	130

Bei der Untersuchung der Frage, wie weit die Ärzte den werdenden Müttern entgegenkommen, zeigte sich, daß die Frauen in ihren Erwartungen enttäuscht wurden:

"Der Arzt wird es mir schon sagen, dachte ich, er weiß es ja am besten; aber was die einem so sagen, man mußte es halt glauben" (Int.17).

Viele Frauen meinten, die Ärzte hätten sie fast gar nicht, unzureichend oder klischeehaft informiert (54). "Der Arzt war so kurz angebunden" (Int.14). "Wenn Sie Kinder kriegen, dann lassen Sie Haare und Zähne", so wurde man einfach hinausgeschoben" (Int.42). "Ich sollte nicht 'dick' werden" (Int.29).

Einen genauen Bericht wollten viele Frauen häufiger vom Arzt der Vorsorge (46):

"Man sollte öfter aufgeklärt werden, wozu alles gemacht wird, da wollte ich schon nach Hause gehen, weil ich keine Ahnung hatte, was noch gemacht werden sollte" (Int.14).

Den Zeitdruck ließen die Frauen nicht als Entschuldigung für fehlende Information gelten (18): "'Die Mutti rauf, die Mutti runter' war alles, was er sagte ... mehr Zeit für jeden, die-

se Art ist nicht gerade schön" (Int.55).

Lobend sprachen sich nur 26 Frauen aus, "zufrieden" waren weitere 31 werdende Mütter:

"Ich hatte mir vorgestellt, man ist eine Nummer, war aber angenehm enttäuscht" (Int.54). "Wenn ich was hatte, sagte er es" (Int.82).

Die Ärzte in der Vorsorge stellten sich nicht auf die Frauen ein, was diese zu teilweise heftiger Kritik veranlaßte. Schichtspezifische Abhängigkeiten ergaben sich nur insofern, als die Frauen der OMS und OS in größerer Zahl genaue Informationen wünschten.

Der Grad an Unzufriedenheit und Enttäuschung war in den Schichten gleich, auch die Frauen der US und UMS kritisieren klischeehafte Auskünfte.

So schien zunächst der freipraktizierende Arzt die bessere Alternative zu sein.

Das Verhalten der Ärzte in der Beratungsstelle ist teilweise mit ihrer Tätigkeit als "Krankenhausarzt" erklärbar:

Von ihnen wird "Doppelloyalität" (ROHDE)¹⁾ gefordert, sie müssen einerseits den Erwartungen und Wünschen der Patienten, andererseits den Anforderungen der Institution Krankenhaus gerecht werden. Der Personalmangel zwingt sie, sich gegen den Patienten zu entscheiden.

Ferner spielen bestimmte Vorstellungen der Ärzte über das "Laienwissen" und das "Vertrauen" der Patienten eine wichtige Rolle. Die hier erfaßten Ärzte schätzen den Informationsstand und das Erklärungsbedürfnis der Patienten falsch ein. Sie gehen von der falschen Annahme aus, daß Laien überhaupt kein Wissen über medizinische Zusammenhänge haben, oder sie überschätzen das stark variierende Verständnis der Patienten,

1) J.J.ROHDE (33) S.352 ff.

verkennen, daß diese - auch wenn sie "Fachausdrücke" gebrauchen - sich die damit bezeichneten physiologisch-anatomischen und pathologischen Gegebenheiten nicht präzise vorzustellen vermögen.

Häufig sind die Ärzte nicht in der Lage, Bildungs- und Sprachprobleme richtig einzuschätzen, Patienten mit Formulierungsschwierigkeiten, die ihre Fragen nicht in Worte zu fassen wissen, werden oft als "wenig intelligent" oder "desinteressiert" eingestuft und erhalten so nicht die nötigen Informationen.

Viele Ärzte sind noch der Meinung, der weiße Kittel erheische blindes Vertrauen, überschätzen so die "Droge Arzt" (BALINT).¹⁾

Durch eine paternalistische Haltung (der väterliche Freund Arzt) suchen sie häufig, ihre Autorität zu festigen, stellen dabei nicht in Rechnung, daß in der Sicht der Patienten die Autorität des Krankenhausarztes auf Fachkenntnis und Spezialistentum beruht, mehr einen spezifisch-funktionellen, weniger einen affektiven Charakter hat.²⁾

Die Vertrauensbereitschaft der Patienten würde eher durch Einblick in diese Fachkenntnis gefördert.

Solcher Einblick kann nicht dadurch vermittelt werden, daß Ärzte im Gespräch mit Patienten Fachausdrücke gebrauchen, im Gegenteil, diese Teilinformationen stiften aus den oben genannten Gründen erst recht Verwirrung. Die Ärzte müssen lernen, sich sprachlich auf ihre Patienten einzustellen.

Die routinemäßige Berufsausübung, die Entscheidungsschwierigkeiten bei Diagnose und Therapie, besonders in Notsituationen, vorbeugen soll, führt bei vielen Ärzten zu bestimmten Standardvorstellungen über die Patienten, ihr Verhalten, ihre Bedürfnisse und Probleme.³⁾

1) vgl. dazu: M.BALINT (2) S.206 ff.

2) siehe: A.FINZEN (6) S.82 ff.

3) siehe dazu: M.BALINT (2) S.206 ff.

Der Anpassungsfähigkeit der Ärzte an die tatsächlich vorhandene Situation sind wegen ihrer rein auf Symptomerfassung ausgerichteten Ausbildung, ihrer so bedingten "Einäugigkeit" (MITSCHERLICH)¹⁾ enge Grenzen gesetzt.

Mit ihrem Verlangen nach qualitativ besserer Information und dem Wunsch, auf ihre Probleme einzugehen, überfordern so die werdenden Mütter die meisten Ärzte.²⁾

Ausweichmöglichkeiten, medizinisch gebildetes Personal (Krankenschwestern, Krankengymnastinnen, Laborantinnen) zu befragen, wurden von den Frauen nicht genutzt.

Hemmungen, Auskunft zu erbitten, bestanden weniger; dem ärztlichen Hilfspersonal fehlte in der Sicht der Frauen die spezifische, auf Fachkenntnis beruhende Autorität des Arztes, die allein für Qualität der Information bürgte und den werdenden Müttern Sicherheit gab.

Krankenschwestern und Laborantinnen ihrerseits zeigten wenig Bereitwilligkeit, den sie befragenden Frauen Erklärungen zu geben, und verwiesen sie zurück an die Ärzte. Durch Aufgabenzersplitterung und Spezialisierung waren sie auch objektiv nicht in der Lage, umfassende Informationen zu geben.³⁾

1) siehe A.MITSCHERLICH (21) S.41 ff.

2) vgl. dazu: R.MAYNTZ (16)

3) vgl.: Health Services Council (20)

H.HOUGHTON (9)

ANN CARTWRIGHT (3) S.33 ff. und 101 ff.

8.2 Weitere, das Arzt-Patient-Verhältnis in der Vorsorge belastende Faktoren

	Klinikerarzt	Hauserarzt, Arzt außerhalb der Klinik
Massenabfertigung	25	2
unpersönlich	33	12
man kennt den Arzt zu wenig	41	3
grobe, einschüchternde Ärzte	12	1
überlastete, gehetzte Ärzte	30	17
Untersuchung zu eilig, routinemäßig	40	12
der Wechsel stört	35	-
kein Fachwissen	8	37
Ärzte haben gut geholfen	60	71
anderes	13	5
Summe (Mehrfachnennungen)	297	170 ¹⁾

Die organisatorischen, durch die fehlenden Räumlichkeiten und den Personalmangel bedingten Schwierigkeiten führten bei den Frauen zu dem Eindruck "Massenabfertigung" (25) oder die Untersuchungen seien zu eilig und routinemäßig (40). Die Ärzte wirkten auf viele werdende Mütter überlastet und gehetzt (30): "Die Minuten sind ja vorher abgezählt" (Int.26).

Ob viele Patientinnen eher dazu neigten zu sagen, der Arzt sei überlastet und gehetzt, als ihm Unpersönlichkeit zu bescheinigen und zuzugeben, daß er ihnen unsympathisch war, sei zur Diskussion gestellt.²⁾

Schwierigkeiten der Ärzte, dem ständigen Anspruch auf Sachlichkeit und Neutralität gerecht zu werden, die Abhängigkeit von den anderen Mitarbeitern, die Bindung durch die Organisation des Krankenhauses bei einem dem Selbstverständnis nach

1) vgl. Anmerkung S. 70

2) vgl.: ANN CARTWRIGHT (3) S.90 ff.

'freien Beruf' führten bei manchen Ärzten zu einer erhöhten emotionalen Reizbarkeit, sie wirkten auf die Frauen ausgesprochen grob und einschüchternd (12).¹⁾

"Der Arzt war so blutgierig" (Int.14).

"Die Ärzte grienten so" (Int.42).

"Wenn Sie schwanger sind, dann lassen Sie Haare und Zähne" (Int.42).

"Sie sind ja ganz durcheinander, gehen Sie mal lieber!" (Int.35)

Viele Frauen störte der Wechsel der Ärzte (35), oder sie beklagten sich, daß sie die Ärzte nicht "kennen" würden (41).

"Wenn der hier sagt: 'Frau X', dann weiß er in der nächsten Minute nicht mehr, wer das ist. Damit vermittelt man keine Sicherheit. Man fühlt sich einfach schlecht behandelt" (Int.32).

"Die kennen einen nicht mit Namen und stellen sich nicht mal vor" (Int.10).

"Ich wurde mißtrauisch, ob sie mich auch kennen" (Int.30).

"Wenn der Arzt nicht wechselte, könnte er sich wirklich noch an meinen Fall erinnern" (Int.6).

In dieser Kritik drückt sich weniger Unzufriedenheit der Frauen darüber aus, daß sie den sie behandelnden Arzt tatsächlich nicht namentlich kennen oder umgekehrt,²⁾ vielmehr kommt in solchen Kommentaren das Bedürfnis der Frauen zur Sprache, "ihren Doktor" auszumachen, d.h., die Beziehung zwischen Arzt und Patient als persönliche, nicht ohne weiteres austauschbare Beziehung begreifen zu können.

Der Vorwurf gegen den Arzt ist im Grunde ein Vorwurf gegen das Krankenhaus als Organisation, in dem ein Arzt nicht Partner des Patienten ist, wie es der Norm entspricht, sondern

1) siehe dazu: J.J.ROHDE (32) S.246

2) In einer englischen Untersuchung wurde festgestellt, daß in einem Krankenhaus, in dem Ärzte und Hilfspersonal angehalten worden waren, sich vorzustellen und Namensschilder an den Kitteln zu tragen, die Zahl der Patienten, die darüber klagten, "ihren Doktor" nicht zu kennen, nicht geringer war, als in einem Vergleichs-Krankenhaus, in dem die Ärzte sich nicht vorstellten und keine Namensschilder trugen. H.HOUGHTON (9)

das Arzt-Patienten-Verhältnis sich vom "Dual zum Plural" (ROHDE) entwickeln muß.¹⁾

Der Wechsel der Ärzte verunsicherte einige Frauen (7), weil sie dadurch den Eindruck hatten, widersprüchliche Auskünfte zu erhalten:

"Der Wechsel störte, man hatte das Gefühl bei Fragen, die sind unsicher, wissen nicht, worum es sich dreht, als wüßten sie nichts über einen" (Int.2).

"Es erzählt einem jeder was anderes" (Int.30).

Dieser Eindruck mußte entstehen, weil die Ärzte ihre Auskünfte nicht koordinierten und weil ihnen die Bedeutung der einheitlichen Information durch einen bestimmten Arzt für den Patienten nicht bewußt war.²⁾

Während der körperlichen Untersuchung entwickelten manche Frauen (13) verstärkt Affekte wie Scheu und Schamgefühle.

"Ich sah zum Schluß die Notwendigkeit ein, daß man mir auf den Bauch drückte, aber nicht, daß ich mich da wohlfühlte. Ich hätte lieber eine Ärztin gehabt" (Int.6).

"Ich wollte nicht befummelt werden, die Ärzte sind doch so fremd" (Int.14). "Man wurde durch die jungen Männer ganz scheu und schüchtern" (Int.17).

Hier wird deutlich, daß die Ärzte den werdenden Müttern als "ihre Ärzte" begegnen müssen, d.h., von den Ärzten wird die Herstellung einer persönlichen Beziehung gefordert, in der die Patientinnen von der situationsspezifischen affektiven Neutralität der Ärzte (so ihr eigenes Selbstverständnis³⁾) überzeugt sind und den funktionalen Charakter des ärztlichen Handelns erkennen können. So wird die "Neutralisation" der bei den Frauen entstehenden Spannungen eher dadurch erreicht,

1) J.J.ROHDE (33) S.354

2) vgl. dazu S. 73

3) siehe dazu: R.MAYNTZ (16)

daß die Ärzte diese nicht als "bloßes Objekt" behandeln, sondern mit einer "objektiven" jedoch teilnehmenden Haltung auf die entsprechenden Untersuchungen vorbereiten.¹⁾

Nur wenige Frauen (8) kritisierten, die Ärzte der Vorsorge hätten kein Fachwissen.

"Die Ärzte wissen nichts, sind viel zu jung, unsicher! Bei der Blutabnahme da übt wieder einer!" (Int.42).

Sehr viele Frauen (60) waren trotz der vielen sich zwischen Ärzten und Patientinnen ergebenden Spannungen und Schwierigkeiten der Überzeugung, die Ärzte der Vorsorge hätten ihnen sehr gut geholfen.

8.3 Der frei praktizierende Arzt als scheinbare Alternative

In den vorhergehenden Abschnitten (8.1 und 8.2) wurde in den die behandelten Punkte zusammenfassenden Tabellen der frei praktizierende Arzt zum Vergleich angeführt und schien zunächst die bessere Alternative zu sein.²⁾

Die werdenden Mütter hatten weniger Kommunikationsschwierigkeiten, wurden besser informiert und hatten weniger Hemmungen, den Arzt zu befragen, sie hatten eher das Gefühl, die Ärzte seien auf ihre Probleme eingegangen.

Weniger Frauen warfen ihnen sie außerhalb der Klinik behandelnden Ärzten Unpersönlichkeit vor, nur eine Frau charakterisierte ihren Arzt als grob, nur manche Frauen fühlten sich routinemäßig behandelt oder als Patientin einer "Massenpraxis".

Obwohl die frei praktizierenden Ärzte - objektiv gesehen - nicht sehr viel mehr Zeit für die Frauen zur Verfügung hatten, schien das Arzt-Patient-Verhältnis weniger gestört.

1) vgl.: M.BALINT (2) S.213 ff.

2) vgl. Tabellen S. 70, 73, 77

Das beruht zum Teil darauf, daß der Arzt in freier Praxis ganz anders als der Krankenhausarzt darauf angewiesen ist, seinen Patienten "entgegenzukommen", um die Diagnose stellen zu können und um einen Konsensus zwischen seiner Meinung und der des Patienten über dessen Krankheit zu erreichen, um diesen von seiner Diagnose und Therapie zu überzeugen. (So wird verhindert, daß der Patient einen anderen Arzt aufsucht oder sich weiterhin Sorgen über seine Krankheit macht.¹⁾)

Der Arzt in freier Praxis ist jedoch in keiner Weise von seiner Ausbildung her besser in der Lage als der Klinikarzt, seine eigenen standardisierten Vorstellungen über die Patienten aufzugeben, auf deren differenzierte Erwartungen "dem Arzt" gegenüber einzugehen. Diesen "Arzt gibt es so nicht" (MITSCHERLICH)²⁾, es handelt sich dabei eher um eine idealisierende Verklärung des "Hausarztes", als dem klassischen ärztlichen Berufsideal, das ROHDE als einen retrospektiven Traum bezeichnet.³⁾

Viele werdende Mütter empfanden die "persönlichere Atmosphäre der Praxis" als wohltuend, erkannten aber, daß die vergleichsweise kleine Praxis nicht die gleichen, ihnen Sicherheit gebenden technischen Möglichkeiten wie die Klinik bot, der Arzt oft weder sorgfältig untersuchte noch die nötige Fachkenntnis besaß.

Fast die Hälfte der Frauen, die einen Arzt außerhalb der Klinik aufsuchten, äußerten Zweifel an dessen Fachwissen (36). "Die Ärztin ist persönlich so nett, deswegen gehe ich hin, aber sie hat kein Fachwissen" (Int.104). "Mein Arzt hatte kein Fachwissen, er konnte nicht die Diagnose 'Kind' stellen" (Int.71).

1) vgl. dazu: M.BALINT (2) S.206 ff.

2) A.MITSCHERLICH (21) S.40

3) J.J.ROHDE (33) S.356 und
A.FINZEN (6) S.9 ff.

Hiermit scheint der entscheidende Faktor gegeben zu sein, warum der frei praktizierende Arzt für die Frauen letztlich keine Alternative bedeutet.

8.4 Schlußfolgerungen

Die Gefühle der Frauen gegenüber den sie während der Schwangerschaft betreuenden Ärzten blieben zwiespältig:

62 Frauen fühlten sich in der Vorsorge so gut aufgehoben wie beim Arzt außerhalb der Klinik;

27 Frauen besser als bei diesem, diese Frauen waren mit den Klinikärzten restlos zufrieden,

53 Frauen sagten dies jedoch von ihren Hausärzten.

71 Frauen meinten, daß diese ihnen gut geholfen hätten, nur

65 Frauen billigten dies den Klinikärzten zu.

Trotzdem machten mehr Frauen die Aussage, die Ärzte hätten sie sachgerecht behandelt, über Klinikärzte (108) als über frei praktizierende Ärzte (53).

Die Klinik versprach Sicherheit, was die fachliche Qualität, die technische Ausrüstung betraf; die Frauen wurden aber mit der fremden Atmosphäre nicht fertig und sehnten sich nach der "Intimität" der "Hausarzt-Praxis" zurück.

Das Mißtrauen gegenüber der fachlichen Qualität der im Vergleich kleinen Praxis aber veranlaßte sie doch, das Krankenhaus aufzusuchen.

Die psychologische Erleichterung, die der technische Apparat und die subjektiv als qualitativ besser empfundene Behandlung vermitteln konnten, war aber gering, da die Kommunikationsprobleme und die anderen oben erläuterten Schwierigkeiten nicht überwunden wurden.

Der "Fließband-Doktor" (Int.42) machte diese Erleichterung eher zunichte, da sich wieder Zweifel einstellten, weil die

nur über eine persönliche Beziehung herzustellende Vertrauensbasis dem Arzt-Patient-Verhältnis in der Vorsorge fehlte.

Das unter dem Druck der vergleichsweise hohen Mütter- und Säuglingssterblichkeitszahlen, ebenso der hohen Zahl an Fehlgeburten in der Bundesrepublik entstandene Problem Schwangerenvorsorge wurde institutionell wohl gelöst, ohne jedoch damit den Bedürfnissen der werdenden Mütter gerecht zu werden.

Die optimale Lösung für alle Beteiligten ist bisher an dem, dem Vorsorgesystem zugrundeliegenden unzureichenden Krankheitsbegriff der Medizin gescheitert.

Diese bekennt sich wohl theoretisch zu einem "ganzheitlichen Krankheitsbegriff", ¹⁾ in der Praxis beschränkt sie sich jedoch auf das Erfassen und Heilen von Krankheitssymptomen. Die Vorsorge wurde so auf die physische Betreuung der werdenden Mütter unter Vernachlässigung ihrer psychischen und sozialen Probleme reduziert.

Wenn das Ziel der Schwangerenvorsorge mehr sein soll, als die Beobachtung von körperlichen Symptomen mit dem Ziel der Senkung der Mütter- und Säuglingssterblichkeitszahlen und der Fehlgeburtenrate, wenn den werdenden Müttern ein Sicherheitsgefühl gegeben, ihnen die Angst vor Schwangerschaft und Geburt genommen werden soll, so ist eine Neuorientierung des ärztlichen Handelns und der Vorsorgeorganisation im Krankenhaus erforderlich. Diese Neuorientierung muß auf der Grundlage einer Analyse der Ansprüche, Schwierigkeiten und Ängste der schwangeren Frauen geschehen und darf sich nicht einseitig nach medizinischer Zweckrationalität ausrichten. Nur so können die Vorteile des Krankenhauses, technische Ausrüstung und fachliche Qualifikation der Ärzte, sinnvoll eingesetzt werden und eine optimale Betreuung der werdenden Mütter garantieren.

1) vgl. dazu Fußnote S. 4

9. Zusammenfassung

Der in der vorliegenden Untersuchung unternommene Versuch, die Probleme der werdenden Mütter im Zusammenhang mit ihrer sozialen Situation sowie mit der Institution Schwangerschaftsvorsorge zu eruieren, brachte folgende Ergebnisse:

Durch die einzelnen Fragestellungen zogen sich konsistente Gemeinsamkeiten verschiedener sozialer Schichten: so erwies sich die Einstellung zur Berufsausübung und die Einschätzung des eigenen Bildungsvermögens als schichtabhängig. Zwar arbeiteten fast alle Frauen bis zur Geburt des ersten bzw. zweiten Kindes, jedoch war die Motivation in den verschiedenen Schichten eine andere:

In der US und der UMS mußten die Frauen sich ihrer ökonomischen Lage entsprechend als bloße Mitverdiener empfinden, während die Frauen der OS und OMS mehr aus Freunde oder Interesse am Beruf arbeiteten.

Mangelnde Bildung und geringe Aufstiegschancen verhindern eine positivere Einstellung der Frauen der US zu sich selber und damit emanzipatorische Ansätze. Dies wirkt sich auch auf die Kinder aus, deren Aussichten, weiterführende Schulen zu besuchen, von ihren Müttern gering eingeschätzt wurden.

Ebenso lassen sich Verbindungen zu Gebäralter und Parität ziehen: Frauen der unteren Schichten bekommen relativ früh ihre ersten Kinder (ein Drittel bis zum 20. Lebensjahr), gebären aber auch noch häufiger nach dem 35. Lebensjahr, während die Frauen mit längerer Ausbildungszeit und qualifizierteren Berufen (d.h. der OS und OMS) zum größten Teil zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr ihre Kinder bekommen.

Kein klarer Zusammenhang ließ sich in dieser Untersuchung auf Grund einseitiger Datenverteilung zwischen Konfession und Kinderzahl nachweisen. Auch über die Verteilung von Fehl- und Totgeburten bezüglich Schichtabhängigkeit ließ sich keine gesicherte Aussage machen.

Aus ganz verschiedenen Gründen forderten die Angehörigen der US und UMS sowie der OS und OMS mehr Kindergartenplätze: Während die erste Gruppe den Wunsch nach einem Kindergartenplatz und ihre Klagen über Platzmangel und Benachteiligung im Ausleseverfahren mit Zeitnot begründeten, forderte die andere Gruppe vor allem aus pädagogischen Gründen einen Platz für ihre Kinder.

Bei der Untersuchung der Situation der werdenden Mütter gegenüber ihrer Nachbarschaft wurden solche Verhaltensweisen berücksichtigt, die eine gegenseitige Hilfe besonders im Fall der Schwangerschaft bedeuten, ebenso Kontaktverhalten, das dem Austausch von Informationen und Erfahrungen diene.

Es zeigte sich eine gewisse Zurückhaltung gegenüber gegebenen Kontaktchancen; besonders schwierig gestalteten sich die Nachbarschaftsbeziehungen zwischen sozial fremden Gruppen. Bei zwei Dritteln der Frauen erwiesen sich die Kontakte zu Nachbarn als nicht sonderlich ausgeprägt. Die OS, unabhängiger von Familie und Verwandtschaft, verhielt sich den Nachbarn gegenüber aufgeschlossener; die Frauen der US dagegen lebten in einer gewissen Isolation, was durch die starke Bindung an das Bezugssystem Familie erklärt werden konnte.

Die mangelnde Hilfeleistung der Nachbarn entsprach der Erwartungshaltung der werdenden Mütter: mit Nachbarschaftshilfe wurde erst bei Versagen der Verwandtschaftshilfe gerechnet. Ein im Notfall aktualisierbares Potential an Hilfsbereitschaft stand in allen Schichten zur Verfügung.

Die Unterstützung während der Schwangerschaft und unmittelbar nach der Geburt erfolgte konkurrenzlos durch Familie und Verwandtschaft, die staatlichen Fürsorgeeinrichtungen spielten nur in zwei Familien in dieser Periode eine Rolle.

Im Gegensatz zu der These vom Funktionsverlust der Großstadtfamilie verstärkte die erwartete Geburt zumindest zeitweise die intrafamilialen Beziehungen. Besonders in US und UMS hatte sich ein matrilineares Hilfeleistungssystem mit der Groß-

mutter mütterlicherseits als Zentrum herausgebildet. Insgesamt zeigte sich jedoch die Verwandtschaft in allen Schichten kooperativ.

Eine große Rolle bei der physischen und psychischen Entlastung der werdenden Mütter spielten die Ehemänner, so daß sich die Frauen für den Zeitraum der Entbindung einen "Wochenurlaub" für ihre Männer wünschten.

Ganz ohne Hilfe blieben nur 5 % der Frauen.

In einem weiteren Abschnitt der Untersuchung wurden die Beziehungen der Schwangeren zu der Institution Schwangerenvorsorge und ihren Mitgliedern (Klinikerarzt bzw. freipraktizierender Arzt, Fürsorgerin, Gymnastik- und Mütterschulleiterin, Klinikpersonal) differenziert dargestellt. Ausgangspunkt war die Tatsache, daß die Mehrzahl der Befragten (76) freipraktizierende Ärzte und die Frauenklinik zu Vorsorgeuntersuchungen aufsuchten, nur wenige Frauen hingegen nur zu ihrem Arzt oder nur in die Klinik gingen.

Als das Hauptproblem der werdenden Mütter erwiesen sich Verständnis- bzw. Kommunikations- und Informationsschwierigkeiten. Die Hälfte der Frauen konnte den Begriff Vorsorge und seine Äquivalente nicht richtig interpretieren. Das Problembewußtsein zeigte sich abhängig vom Eindruck der entsprechenden Beratungsstelle und von der der Patientin zugänglichen Information über die Vorsorge.

Die Ärzte, besonders die freipraktizierenden, ebenso der staatliche Gesundheitsdienst leisteten nicht die gewünschte Vermittlung, bzw. die unzulängliche Informationsarbeit der staatlichen Stellen erreichte ihre Adressaten nicht.

Die Folge war, daß die Frauen in ihrer Unsicherheit Orientierungshilfen in Kreisen mit ebenfalls unsicherer Informationsbasis suchten. Es entwickelte sich ein schichtabhängiges "Laienkommunikationssystem": US und UMS bezogen mehr Information aus der Familie, OS und OMS mehr von Berufskollegen und Nachbarn bzw. Freunden. Die verfügbaren Informationen wurden

dabei durch die Vorstellungen und Gewohnheiten der jeweiligen Bezugspersonen in diesem sozialen Kommunikationssystem geprägt.

Die Entscheidung, die Vorsorge der Frauenklinik aufzusuchen, war nicht von der Überweisung durch freipraktizierende Ärzte und nicht von auftretenden Krankheitssymptomen abhängig, sondern vom Wissen über die Vorsorge und bestimmten Erwartungshaltungen positiven und auch negativen Inhalts: wie Vorstellungen über die technische Ausrüstung der Klinik und fachliche Qualitäten der Klinikärzte, Angst vor Anonymität und Massenbetrieb.

Die räumliche Entfernung zum Krankenhaus spielte nur insofern eine Rolle, als sich einige Frauen auf dem Weg zur Vorsorge Diskriminierungen ausgesetzt fühlten und somit seelisch belastet wurden.

Der allgemeine Eindruck der Frauen von der Vorsorge war eine oberflächliche Zufriedenheit, gepaart mit unterschwelligem Unbehagen, Verwirrung und sogar Angst, die die werdenden Mütter in eine merkwürdige Art von Passivität verfallen ließ und sie mit ihren Problemen in die Isolation trieb.

Unsicherheit bzw. Unkenntnis bestand vor allem gegenüber folgenden Problemen: biologischer Vorgang der normalen Schwangerschaft und den eventuell auftretenden Komplikationen, eigenes Verhalten während der Schwangerschaft, Einfinden in die Mutterrolle als psychisches und praktisches Problem.

Der bürokratische Klinikbetrieb, die routinemäßige Abfertigung durch die Ärzte, die diese in unnahbare Ferne rückte, Unsicherheit, an wen sie sich wenden sollten, ließen die Frauen mit ihren Fragen verstummen und wurden in dem Vorwurf, "man bekommt ja doch nichts gesagt" rationalisiert.

Die Mütterschule (Säuglingskurs) wurde von den werdenden Müttern nicht als effektive Informationshilfe gewertet. Anders

die Gymnastikkurse:

Dort zeigten sich die Frauen mit den Erläuterungen und Auskünften zufrieden. Der Besuch dieser Kurse war stark abhängig von dem Hinweis durch Klinikärzte und die Fürsorgerin. Die Ärzte in freier Praxis versäumten es jedoch, die Schwangeren darauf aufmerksam zu machen, so daß sich nur zwei der Frauen aus deren Patientenkreis um Schwangerschafts-Gymnastik bemühten. Ebenso verhielt es sich mit dem Besuch einer Fürsorgerin.

Der Sozialfürsorgerin fiel im Krankenhaus die Vermittlerrolle im Dreieck Arzt-Patient-Klinikpersonal zu. Im persönlichen Gespräch konnte sie zwar Fragen lösen helfen, auf Grund mangelnder medizinischer Kenntnisse und fehlgeleiteter Informationsarbeit der Sozialfürsorge und des Gesundheitsdienstes konnte sie aber ihrer Rolle nicht gerecht werden. Die Schwangeren wurden so auf sich selbst und das Laienkommunikationssystem zurückverwiesen.

Hier erhielten sie wiederum nur selektive und schichtabhängige Informationen, die als unzureichend empfunden wurden. Es entstand ein Bedürfnis nach Fachbüchern, für deren Beurteilung und Auswahl den Frauen wiederum das Verständnis fehlte. Um diesen *circulus vitiosus* zu durchbrechen, muß die Forderung nach einem sachgerechteren Bildungsangebot und zielgerichteter Aufklärungsarbeit durch die Ärzteschaft, durch ärztliches Hilfspersonal und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes erhoben werden.

In einem Exkurs wurde das Problem der Schwangerschaftsverhütung dargestellt: hier zeigten sich ähnliche Schwierigkeiten. Ein offenes Gespräch kam in der Sprechstunde zwischen der Mehrzahl der Frauen und ihren Ärzten nicht zustande. Der Wunsch nach einer Familienplanungs-Beratungsstelle wurde laut. Von den Ärzten muß Einblick in die soziale Wandlung der Rolle der Frau, von den Patientinnen ein Lernprozeß, was falsche Scheu- und Schamgefühle angeht, gefordert werden.

Der Versuch einer Analyse des spezifischen Kommunikationsproblems zwischen Arzt und werdender Mutter in der Situation der Vorsorge zeigte deutlich:

Die auf Grund ihrer Unwissenheit im Betriebssystem des Krankenhauses desorientierte und daher in die Passivität gedrängte Patientin kann sich nicht in das zeitlich beschränkte und und streng formalisierte Arzt-Patient-Verhältnis einfügen. Das mangelnde Entgegenkommen des untersuchenden Arztes, Autoritätskonflikte der Patientin, die Angst vor dem weißen Kittel, vor der Fachautorität, die Ungewißheit der Diagnose, Schuldgefühle und falsche Scham hindern die Patientin, ihre Formulierungsschwierigkeiten zu überwinden und durch eigene Initiative Kommunikation herzustellen. So ist den Schwangeren, die in der Mehrzahl die Arzt-Patient-Beziehung noch als persönliche, nicht austauschbare Beziehung begreifen, der Weg zur psychischen Entlastung versperrt, die bei diesem Vorverständnis nur zu erreichen wäre, wenn es den Frauen gelänge, "ihren Doktor" in dem unpersönlichen System auszumachen.

Das Verhalten der Ärzte wurde erklärbar durch die von ihnen geforderte Doppelrolle in der Klinik: sie sind Krankenhausorganisation und Patient zugleich verpflichtet. Diese Tatsache und die Unzulänglichkeit der ärztlichen Ausbildung im Bereich der "human relations" und ihrer Handhabung, verursachten eine Reihe von Fehleinstellungen. Die Einschätzung des Laienwissens, der Sprachschwierigkeiten, ebenso Standardvorstellungen über Erwartungen und Konflikte der werdenden Mütter erwiesen sich als falsch. Eine paternalistische Haltung trug im Gegensatz zu ihrer Absicht nicht zur Lösung der Kontaktschwierigkeiten bei, eher zu deren Verschleierung. Statt Vermittlung von Fachkenntnis wurde zur Beruhigung oft die "Droge Arzt" mit falscher Indikation eingesetzt.

Es gelang den Ärzten nicht immer, dem Anspruch auf neutrale Sachlichkeit gerecht zu werden, eine Art situationsspezifische Neutralität zu entwickeln, in deren Rahmen doch eine gewisse teilnahmevolle Haltung möglich wäre.

Der Vergleich mit der Hauspraxis erbrachte kein Rezept für die Lösung des Problems der Vorsorge in der Frauenklinik. Die Frauen fühlten sich beim Hausarzt subjektiv wohler, scheinbar bestand hier eine persönlichere Beziehung zum Arzt. Dieser täuschende Eindruck konnte entstehen, weil die Schwangeren nicht die negativen Effekte der Krankenhausorganisation an sich wahrnahmen und sich selbstsicherer fühlten. Objektiv gesehen hatte der Arzt in freier Praxis jedoch kaum mehr Zeit für die Probleme der werdenden Mutter. In der Kommunikation mit der Patientin handelte er eher aus dem Zwang heraus, einen Consensus zwischen seiner Meinung und der der Patientin zu erzielen, um sie so in seinem Patientenkreis zu halten, als aus besserem soziologischen oder psychologischen Wissen. Die werdenden Mütter suchten trotzdem die Vorsorge in der Universitäts-Frauenklinik auf, weil sie feststellen mußten, daß die freipraktizierenden Ärzte oft nicht gründlich untersuchten oder ihnen Zweifel an deren Fachkenntnis kamen. Diese Vorwürfe wurden den Klinikärzten nicht gemacht, die Vorsorge in der Frauenklinik versprach mehr Sicherheit.

Die Frauen sahen so zum Teil ohne innere Sicherheit der Beendigung der Schwangerschaft und damit auch der Beendigung der unangenehmen Verhaltenskonfliktsituation in der Vorsorge entgegen. Zweifel, Unzufriedenheit, Kritik, sogar Aggressionen stauten sich an. Die Vorsorge verhalf so den werdenden Müttern oft nicht zu dem, was ihr Ziel sein sollte: Entspannung durch das Gefühl des Wohlaufgehobenseins in medizinischer und psychologischer Hinsicht.

A n h a n g

S c h i c h t

1. Welchen Beruf übt Ihr Mann aus?

Stellung im Beruf

- ☐ Arbeiter
- 1 ausführender Angestellter
- 2 Facharbeiter
- 3 qualifizierter Angestellter
- 4 Beamter im einfachen u. mittleren Dienst
Kleinstbetrieb
- 5 höchstqualifizierter Facharbeiter
- 6 leitender Angestellter
Beamter im gehobenen Dienst
- 7 Selbständiger in Klein- und Mittelbetrieben
- 8 Akademische Berufe
- 9 Industrielle und Kaufleute
- ☒ Student, Lehrling, Schüler

2. Welchen Beruf üben Sie aus
bzw. haben Sie erlernt?

Stellung im Beruf

- ☐ - ☒ siehe oben
- y Hausfrau

3. Wenn ein Beruf ausgeübt
bzw. erlernt wurde:

- ☐ bisher kein Beruf ausgeübt
- 1 bis zur Heirat ausgeübt
- 2 zeitweilig noch nach der Heirat
ausgeübt
- 3 bis zur Schwangerschaft regelmäßig
ausgeübt
- 4 bis zur Schwangerschaft unregelmäßig
ausgeübt
- 5 nach der Schwangerschaft Beruf
ausgeübt oder Berufsausübung beabsichtigt
- 6
- 7

4. Welches sind Ihre Gründe dafür?
- o finanziell war es notwendig
 - 1 aus Liebe zum Beruf
 - 2 mein Mann war dafür
 - 3 finanziell war es nicht notwendig
 - 4 ich möchte für meine Familie da sein
 - 5 mein Mann war dagegen
 - 6
 - 7
5. Gemeinsames Einkommen:
- o bis 500
 - 1 500 - 700
 - 2 700 - 900
 - 3 900 - 1200
 - 4 1200 - 1500
 - 5 1500 - 1800
 - 6 1800 - 2000
 - 7 über 2000
 - 8 ich weiß nicht
6. Bildung des Mannes
- o Volksschule
 - 1 mittlere Reife
 - 2 Fachschule
 - 3 Abitur ohne Studium
 - 4 Hochschule ohne Abschluß
 - 5 Hochschule mit Abschluß
 - 6 Volksschule und Lehre
 - 7
7. Bildung der Frau
- o - 6 siehe 6.
 - 7
8. Krankenversicherung
- o gesetzlich
 - 1 privat ohne Beihilfe
 - 2 privat mit Beihilfe
 - 3 privat und gesetzlich
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7 keine

9. Alter der Frau

- o bis 20 Jahre
- 1 21 - 25 Jahre
- 2 26 - 30 Jahre
- 3 31 - 35 Jahre
- 4 36 - 40 Jahre
- 5 über 40 Jahre

K i n d e r

10. Parität

- o Fehlgeburten
- 1 Totgeburten
- 2 erstes Kind
- 3 zweites, drittes u.mehr Kinder

11. Alter der Kinder: erstes Kind

- o neugeboren
- 1 1 - 3 Jahre
- 2 3 - 6 Jahre
- 3 6 - 10 Jahre
- 4 älter
- 5
- 6 tot

12. Alter des zweiten Kindes

- siehe 11.

13. Alter des dritten Kindes

- siehe 11.

14. Alter des vierten und
weiterer Kinder

- siehe 11.

15. Schicken Sie Ihre Kinder in
den Kindergarten bzw. Hort?

- o nein, ohne Begründung
- 1 nein, es ist zu umständlich
- 2 nein, es ist zu teuer
- 3 nein, es war kein Platz frei
- 4 nein, sie werden dort verzogen
- 5 ja, ohne Begründung
- 6 ja, denn ich habe selbst nicht
genug Zeit
- 7 ja, sie sind dort gut aufgehoben
(besser als zu Hause)
- 8
- 9

16. Gehen Ihre Kinder bzw. sollen sie die Oberschule besuchen?

- o nein, ohne Begründung
- 1 nein, aus finanziellen Gründen
- 2 nein, die Eltern waren auch nicht
- 3 nein, die Begabung ist eher praktisch
- 4 ja, ohne Begründung
- 5 ja, ein Versuch soll gemacht werden
- 6 ja, Begabung muß gefördert werden
- 7
- 8

17. Haben Sie sich dieses Kind gewünscht?

- o ja, mein Mann und ich
- 1 ich selber
- 2 mein Mann
- 3 ich weiß nicht
- 4 wir beide haben das Kind für diesen Zeitpunkt geplant
- 5 nein, eigentlich sollte keins kommen
- 6 nein, ohne Begründung
- 7

18. Haben Sie oder Ihr Mann Methoden zur Schwangerschaftsverhütung angewandt?

- o nein
- 1 regelmäßig
- 2 unregelmäßig
- 3 keine Antwort

wenn ja:

19. Können Sie mir sagen, welche Mittel Sie verwendet haben?

- o keine Antwort
- 1 nein, das überlasse ich meinem Mann (ich weiß nicht)
- 2 Basaltemperaturmessung
- 3 Knaus Ogino
- 4 ich überlasse das meinem Mann (coitus interruptus)
- 5 mechanische Mittel (Kondome, Pessare, Präservative, Portiokappe etc.)
- 6 chemische Mittel (Spray, Cremes, Zäpfchen, Tabletten etc.)
- 7 Kombination von mechan. u. chem. Methoden
- 8 Antikonceptiva (Anti-Baby Pille)

20. Befürworten Sie das Einnehmen von Anti-Baby Pillen?

- o nein, ich bin grundsätzlich dagegen
- 1 nein, aus kirchlichen, ethischen, moralischen Gründen
- 2 nein, bei vorehelichem Verkehr
- 3 nein, aus medizinischen Gründen (Unverträglichkeit)
- 4 nein, aus Angst vor Nebenwirkungen
- 5 ja, ohne Begründung
- 6 ja, wenn schon mehrere Kinder da sind
- 7 ja, wenn Planung aus gesundheitlichen Gründen notwendig ist
- 8 ja, wenn Planung aus finanziellen Gründen notwendig ist
- 9

W o h n u n g :

21. Wohnungsgröße und Hygiene

- o 1 - 1 1/2 Zimmer m. Bad + WC
- 1 o. Bad + WC
- 2 m. Außentoilette
- 3 2 - 3 Zimmer m. Bad + WC
- 4 o. Bad + WC
- 5 m. Außentoilette
- 6 4 u. mehr Zimmer m. Bad + WC
- 7 o. Bad + WC
- 8 m. Außentoilette

22. Mietverhältnis: Sind Sie

- o Untermieter
- 2 Hauptmieter
- 3 Eigentümer

23. Wie lange wohnen Sie in Ihrem Viertel?

- o schon Ihre Eltern
- 1 mehrere Jahre (3 und mehr)
- 2 erst seit kurzer Zeit

engerer Personenkreis

24. Welche der genannten Personen gehören zu Ihrem Haushalt?

- o Mutter, Schwiegermutter
- 1 Vater, Schwiegervater
- 2 mindestens ein Elternpaar
- 3 andere ältere weibl. Verwandte
- 4 andere ältere männl. Verwandte
- 5 Haushaltshilfe
- 6 Kindermädchen
- 7 Stundenhilfe
- 8

25. Wo wohnt Ihre Mutter?
(evtl. Schwiegermutter)

- o BRD
- 1 DDR
- 2 Westberlin
- 3 tot
- 4

26. Mit wem treffen Sie sich am häufigsten?

- o Mutter
- 1 Schwiegermutter
- 2 Schwester
- 3 Schwägerin
- 4 Freundin
- 5 Vater
- 6 Schwiegervater
- 7

27. Wie oft sehen Sie die unter 26. genannten Personen?

- o mehrmals im Monat
- 1 mehrmals in der Woche
- 2 vorwiegend zu Feier- und Familientagen
- 3 selten
- 4 mehrmals am Tage
- 5

Nachbarn

28. Wie würden Sie allgemein das Verhältnis zu Ihren Nachbarn kennzeichnen?
- o sie sind mir gleichgültig
 - 1 sie wollen nichts mit mir zu tun haben
 - 2 sie sind mir gleichgültig und wollen auch nichts mit mir zu tun haben
 - 3 sie bieten mir ihre Hilfe an
 - 4 ich wende mich an sie, wenn es not tut
 - 5 ich wende mich an sie, wenn nötig, und sie fragen auch, ob ich Hilfe brauche
 - 6
 - 7

Mithilfe

29. Haben Sie während Ihrer Schwangerschaft die Hilfe Ihrer Nachbarn in Anspruch genommen und worin bestand diese Hilfe hauptsächlich?
- o ja, sie gaben mir Ratschläge und Empfehlungen
 - 1 ja, Besorgungen und Einkäufe
 - 2 ja, Entlastungen im Haushalt
 - 3 ja, Beaufsichtigung der Kinder
 - 4 ja, sie haben ein Kind aufgenommen
 - 5 ja,
 - 6 nein, meine Schwangerschaft geht andere nichts an
 - 7 nein, ich brauche keine Hilfe, ich bin versorgt
 - 8 nein,
 - 9

30. Haben Sie während Ihrer Schwangerschaft die Hilfe Ihrer Familie und Verwandtschaft in Anspruch genommen und worin bestand diese Hilfe vorwiegend?
- o - 4 siehe 29.
 - 5 ja,
 - 6 - 7 siehe 29.
 - 8 nein,
 - 9

31. Woher haben Sie die besten Auskünfte über Probleme des Kinderkriegens bekommen?
- o Ehemann
 - 1 Mutter
 - 2 Schwiegermutter
 - 3 Schwester
 - 4 Schwägerin
 - 5 Freundin
 - 6 Nachbarin

31. fortgesetzt:
- 7 Bekannte und sonstige Verwandte
8 Bücher
9 Zeitschriften und Illustrierte
x
y
32. Wären Sie für die Einrichtung einer Familienplanungsstelle?
- 0 ich gehe nicht hin
1 ich will mich beraten lassen
2
33. Wer entlastete Sie vorwiegend während der Schwangerschaft?
- 0 Ehemann
1 Ehemann und Kinder
2 Mutter
3 Schwiegermutter
4 Schwester, Schwägerin
5 Freundin
6 Nachbarn
7 Bekannte und sonstige Verwandte
8
34. Wer entlastete Sie vorwiegend während des Klinikaufenthalts?
- 0 - 7 siehe 33.
8
35. Wer entlastet Sie in der ersten Zeit nach der Geburt?
- 0 - 7 siehe 33.
8
36. Würden Sie es begrüßen, wenn Ihr Mann während Ihres Klinikaufenthaltes bzw. danach Urlaub hätte?
- 0
1
2

Vorsorgeberatung

37. Was ist die Schwangerschaftsvorsorge Ihrer Meinung nach, und was wissen Sie darüber?

38. Wo erfuhren Sie zuerst etwas von der Existenz der öffentl. Schwangerschaftsvorsorge?
- o beim behandelnden Arzt
 - 1 in der Krankenkasse, Apotheke, Schwangerengymnastik, Mitterschule
 - 2 durch eine Aufklärungskampagne der Gesundheitsbehörden
 - 3 im Rundfunk, Fernsehen, in der Tageszeitung und in Illustrierten
 - 4 in Büchern aus Büchereien und Bibliotheken
 - 5 aus eigenen Büchern
 - 6 von Familienangehörigen u. Freunden
 - 7 von Nachbarn und Bekannten
 - 8 gar nicht
 - 9

39. Wo waren Sie während Ihrer Schwangerschaft zu Vorsorgeuntersuchungen?
- o bei einem Arzt in freier Praxis
 - 1 bei einem Arzt in freier Praxis und dann regelmäßig in der öffentl. Vorsorge dieses Krankenhauses
 - 2 bei einem Arzt in freier Praxis und dann unregelmäßig in der öffentl. Vorsorge dieses Krankenhauses

Anm.: regelmäßig = so oft der Arzt Sie bestellt hat

- 3 regelmäßig in der Vorsorgeberatung dieses Krankenhauses (öffentl. V.)
- 4 unregelmäßig in der Vorsorgeberatung dieses Krankenhauses
- 5 in einer anderen öffentl. Vorsorgeberatung: regelmäßig
- 6 in einer anderen öffentl. Vorsorgeberatung: unregelmäßig
- 7 ich war nirgendwo
- 8 Sonderberatungsstelle
- 9
- x

wenn 39.: ... o, 1 oder 2

(Arzt, erst Arzt)

40. Warum besuchten Sie nicht, oder nicht gleich die Vorsorgeberatung dieses Krankenhauses?

- o ich wußte nichts davon
- 1 es war mir zu umständlich (Entfernung, Verkehrsverbindung etc.)
- 2 ich glaubte, es handele sich um eine Beratung für sozial Bedürftige
- 3 ich habe kein Vertrauen zu öffentl. Untersuchungen
- 4 der Massenbetrieb stört mich
- 5 mir wurde davon abgeraten
- 6
- 7

wenn 39.: ... 7 (überhaupt nicht)

41. Warum besuchten Sie überhaupt keine Vorsorgeuntersuchungen?

- o - 5 siehe 40.
- 6 ich hatte keine Zeit infolge Überlastung (Kinder, Haushalt, Beruf etc.)
- 7 ich war beim ersten Kind dort und gehe jetzt nicht mehr
- 8 mir ist die Bedeutung nicht klar gewesen
- 9 mir war die Finanzierung nicht klar
- x

nicht für 39.: ... 7

42. Warum besuchten Sie die Vorsorge?

- o weil ich mir davon eine Erleichterung versprach
- 1 weil es die Beratung der Universität
- 2 weil ich mich zur Entbindung anmelden wollte
- 3 damit meine Schwangerschaft unter ärztlicher Aufsicht verläuft und mir nichts passiert
- 4
- 5

43. Würden Sie beim nächsten Kind wieder zu den Vorsorgeuntersuchungen gehen?

- o ja, unbedingt
- 1 nein, ich glaube, es ist nicht nötig
- 2 ich weiß nicht
- 3
- 4

44. Halten Sie eine Aufklärungskampagne für notwendig, und von welcher Seite wünschen Sie über die Vorsorge und ihren Sinn, die körperlichen Vorgänge während d. Schwangerschaft, die rechtlichen Bestimmungen für werdende Mütter, die notwendige Schomung der werdenden Mutter unterrichtet zu werden?
- o nein, kein Bedarf
 - 1 ja, über das Gesundheitsamt
 - 2 ja, durch eine Sendereihe von und mit Fachleuten im Fernsehen
 - 3 ja, durch den Rundfunk
 - 4 ja, durch Zeitungen u. Illustrierte
 - 5 ja, Aufklärungsfilme
 - 6 ja, Unterricht während der Wartezeit in der Vorsorge
 - 7 ja, Unterricht im Rahmen der Schwangerschaftsgymnastik
 - 8 ja, ich würde ein gutes Fachbuch begrüßen, das ich in der Vorsorge bekomme

wenn in der Vorsorgeuntersuchung:

45. Wie erreichen Sie die Vorsorgeuntersuchung und wie viel Zeit erfordert der Hin- u. Rückweg?
- o mit öffentl. Verkehrsmitteln, 1/2 Std.
 - 1 mit öffentl. Verkehrsmitteln, 1 Std.
 - 2 mit öffentl. Verkehrsmitteln, über 1 h
 - 3 mit dem Pkw, 1/2 Std.
 - 4 mit dem Pkw, 1 Std.
 - 5 mit dem Pkw, über 1 Std.
 - 6 zu Fuß, 1/2 Std.
 - 7 zu Fuß, 1 Std.
 - 8 zu Fuß, über 1 Std.
 - 9 mit dem Taxi, 1/2 Std.
 - x mit dem Taxi, 1 Std.
 - y mit dem Taxi, über 1 Std.
46. Wie fühlten Sie sich, wenn die Leute auf der Straße Ihren Zustand bemerkten?
- o ich habe nicht darauf geachtet
 - 1 es war mir egal
 - 2 ich war eher stolz
 - 3 die Leute haben nichts bemerkt
 - 4 ich war eher verlegen, es war mir
 - 5 ich war etwas deprimiert
 - 6
 - 7

47. Wie fühlten Sie sich im Laufe der Vorsorgeberatung?

- ☐ ich war zufrieden und fühlte mich geborgen
- 1 ich habe gar nicht darüber nachgedacht
- 2 ich fühlte mich unsicher und unwissend
- 3 ich hatte das Gefühl, daß man sich nicht viel Mühe gab
- 4 die unpersönliche Atmosphäre und das bürokratische Verfahren machten mich eher ängstlich
- 5 ich hätte gern gewußt, wozu das alles nötig war
- 6

48. Änderte sich Ihr Verhältnis zur Vorsorgeuntersuchung im Laufe der Zeit?

- ☐ nein
- 1 ja, ohne Begründung
- 2 ja, der medizinisch-ärztliche Sektor gefiel mir gut, aber der andere Betrieb immer weniger
- 3 ich verlor immer mehr das Vertrauen und war froh, als es vorbei war
- 4 ich gewöhnte mich daran und hatte mehr Zutrauen
- 5 ja, die langen Wartezeiten nahmen mich doch sehr dagegen ein
- 6

49. Mit wem sprachen Sie vertrauensvoll über Ihre Fragen und Probleme?

- ☐ anderen werdenden Müttern
- 1 Schwestern
- 2 Laborantinnen, Arzthelferinnen
- 3 Fürsorgerin
- 4 Ärzten
- 5 Gymnastiklehrerin
- 6 mit niemandem
- 7
- 8

50. Besuchten Sie die Gymnastik, weil Sie den Geburtsvorgang erleichtern wollten?

- ☐ ja, es hat mir auch sehr geholfen
 - 1 ja, es half doch nicht viel
 - 2 nein, ich hatte andere Gründe; es hat mir aber sehr geholfen
- Gründe: ...

Fortsetzung
u m b l ä t t e r n

50. fortgesetzt

- 3 nein, ich war gar nicht in der
Gymnastik
Gründe: ...

4

Fürsorgerin

51. Haben Sie die Fürsorgerin
besucht?

- o nein, ich dachte, es wäre für
sozial Bedürftige
1 nein, ich wußte nicht, was ich
sie hätte fragen sollen
2 nein, ich wußte über alles Bescheid
3 ja, ich wollte 'mal hören, was sie
mir zu sagen hätte
4 ja, ich hatte Fragen an sie
5 ja, ich wollte erst nicht, fand es
dann aber doch ganz nützlich
6

52. Wie würden Sie Ihr Gespräch
mit der Fürsorgerin be-
schreiben?

- o wir unterhielten uns zwanglos
1 die Fürsorgerin hat mich haupt-
sächlich belehrt
2 die Fürsorgerin hat nur mangelhaft
auf meine Fragen geantwortet
3 die Fürsorgerin hat sich nur ober-
flächlich erkundigt
4 ihre Fragerei war mir unangenehm
5

53. Was haben Sie mit der Für-
sorgerin besprochen?

- o rechtliche Fragen
1 das Kind betreffende Fragen
(Babywäsche, Pflege etc.)
2 Ihren Gesundheitszustand betref-
fende Fragen
3 Ihre Familiensituation
4 Eheschwierigkeiten
5 ich weiß nicht mehr
6

54. Wie wirkte die Fürsorgerin auf Sie?

- o eher freundlich und vertrauens-
erweckend
- 1 eher distanziert und sachlich
- 2 zu unpersönlich und von oben herab
- 3 eher unsympathisch
- 4

55. Wie beurteilen Sie die Ihnen mitgegebenen Hefte und Broschüren?

- o die Hefte waren mir zu naiv
- 1 die Hefte erinnerten mich eher an illustrierte und sprachen mich deshalb an
- 2 die Hefte erinnerten mich an illustrierten; ich hatte deshalb kein rechtes Vertrauen dazu
- 3 ich empfand die Broschüren als hilfreich und informativ
- 4 die Information reichte mir nicht aus; ich hätte ein kleines Fachbuch vorgezogen
- 5

56. Welche Rechte, Verordnungen u. öffentl. Hilfe gibt es für werdende Mütter?

- a) Mutterschutz
- b) Mutterschaftsgeld
- c) Wochenhilfe
- d) Mütterurlaub
- e) evtl. Kinderkrippenplatz
- f) evtl. Kindergarten

- o keine Ahnung
- 1 vollständig informiert (entweder alles genannt oder bei Nachfrage)
- 2 unvollständig informiert, Mutterschutz gewußt
- 3 unvollst.informiert, infolge Mutterschaftsgeld gewußt
- 4 unvollst.inf., Wochenhilfe gewußt
- 5 unvollst.inf., Kombinat.a/b gewußt
- 6 unvollst.inf., Kombinat.a/c gewußt
- 7 unvollst.inf., Kombinat b/c gewußt
- 8 d, e oder f gewußt
- 9 d, e oder f in Kombination mit a, b oder c gewußt

57. Würden Sie eine Wochenhilfe beantragen?

- o auf keinen Fall
- 1 wenn es anders nicht geht
- 2 wenn es mir zusteht, ja
- 3
- 4

Arzt - Patient Verhältnis

58. Der Arzt in der Schwangerschaftsvorsorge:

Kritik	Vorschläge	allgemein
59. Was hat Sie beim Arzt in der Schwangerschaftsvorsorge direkt gestört?	- o Geschlecht 1 der Wechsel des Arztes 2 widersprüchliche Ankünfte 3 eine etwas zu distanzierte, arrogante Haltung 4 der Arzt war zu jung 5 er machte alles zu routinemäßig 6	
60. Was hat Sie am meisten gestört?	- o - 6 siehe 59. 7	
61. War Ihnen der biologische Vorgang der Schwangerschaft klar?	- o nein, nicht genau 1 ja, mit Einschränkungen, in groben Zügen 2 ja, ich weiß ziemlich genau Bescheid 3	
62. Worüber möchten Sie gern besser informiert sein?	- o 1 2	
63. Haben Sie dem Arzt Fragen über Ihren körperlichen Zustand gestellt?	- o nein, ohne Begründung 1 nein, es ging alles zu schnell 2 nein, ich traute mich nicht 3 nein, es erschien mir nicht nötig 4 ja, über ... 5 ja, über ...	

64. Hat Sie der Arzt hinreichend informiert?
- o nein, fast gar nicht
 - 1 nein, unzureichend
 - 2 es kam darauf an, unterschiedlich
 - 3 ja, über ...

über medizinische Dinge

65. Haben Sie die Schwestern, Arzthelferinnen, Laborantinnen befragt?

- o nein
- 1 ja, mit Erfolg
- 2 ja, aber ich blieb unbefriedigt

über medizin.u.andere Dinge

- 3 nein
- 4 ja, mit Erfolg
- 5 ja, aber ich blieb unbefriedigt

nur über andere Fragen

- 6 nein
- 7 ja, mit Erfolg
- 8 ja, aber ich blieb unbefriedigt
- 9

66. Kreuzen Sie in dem unten stehenden Schema die Zahl an, die Ihr Verhältnis zu den genannten Personen am ehesten kennzeichnet!

	<u>Ich lehnte ab</u>				<u>Ich fand nett</u>			
	sehr	mittel	etwas	neutral	etwas	mittel	sehr	
Arzt	3	2	1	o	1	2	3	
Fürsorgerin	3	2	1	o	1	2	3	
Schwester Arzthelferin Laborantin	3	2	1	o	1	2	3	
andere Patientinnen	3	2	1	o	1	2	3	

67. Bitte stufen Sie die folgenden Sätze nach "ja", "nein" und "keine Meinung" durch Unterstreichen ein!

- | | | | |
|---|----|------|---------------|
| a) Der Arzt in der Vorsorge hat mich medizinisch sachgerecht und befriedigend behandelt. | ja | nein | keine Meinung |
| b) Er war immer über mein Befinden informiert und hat mir stets befriedigend Auskünfte gegeben. | ja | nein | keine Meinung |
| c) Der Arzt hatte eine unpersönliche Art, aber sein Fachwissen gab mir eine gewisse Sicherheit | ja | nein | keine Meinung |
| d) Der Arzt hatte viel zu viel zu tun, um sich wirklich um mich kümmern zu können. | ja | nein | keine Meinung |
| e) Für die Geburt und mein Kind wird alles getan, ich selbst bin ja Nebensache. | ja | nein | keine Meinung |
| f) Ich fühle mich in der Vorsorge so gut aufgehoben wie beim Hausarzt. | ja | nein | keine Meinung |
| g) Die vertrauliche Art des Arztes gefiel mir nicht, schließlich brauche ich keinen Flauderer, sondern einen Fachmann | ja | nein | keine Meinung |
| h) Die Fragerlei eines mir fast unbekannten Arztes nach meiner Intimsphäre ist mir unangenehm. | ja | nein | keine Meinung |
| i) Die sichere und überlegene Art des Arztes gab mir Vertrauen. | ja | nein | keine Meinung |
| j) Der Arzt war zwar sehr nett, aber seine Auskünfte waren widersprüchlich und unbefriedigend. | ja | nein | keine Meinung |
| k) Wenn Sie noch andere Vorstellungen haben: | | | |

.....

.....

.....

Literaturverzeichnis:

- (1) Bahrdt, Hans Paul:
Die moderne Großstadt. Rowohlts deutsche
Enzyklopädie 127, Reinbek 1961
- (2) Balint, Michael:
Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.
Fischer Bücherei des Wissens. Nr.6005,
Frankfurt a.M./Hamburg 1970
- (3) Cartwright, Ann:
Human relations and hospital care. Reports of
The Institute of Community Studies. Routledge/
Kegan Paul, London 1964
- (4) Deppe, Hans-Ulrich:
Zum 'Objekt' der Medizin. In: Das Argument.
Zeitschrift für Philosophie und Sozialwissen-
schaften. Nr.50, Sonderband zum 10.Jg., S.284-
298. Argument-Verlag, Berlin 1969
- (5) Edelstein, Wolfgang:
Chancengleichheit ohne Schulreform? In: Neue
Sammlung. 6.Jg., 1966, H.6, S.627-637.
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- (6) Finzen, Asmus:
Arzt, Patient und Gesellschaft. Gustav Fischer
Verlag, Stuttgart 1969
- (7) Freidson, Eliot:
Patients' Views of Medical Practice. Rusell Sage
Foundation, New York 1961
- (8) Glass, David und R. König (Hrsg.):
Soziale Schichtung und soziale Mobilität.
Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozial-
psychologie. Sonderheft 5 (1961), 5.Aufl. 1968,
Westdeutscher Verlag, Köln und Opladen

- (9) Houghton, Hazel:
Problems of hospital communication. Institute
of Community Studies, London 1968
- (10) Janowitz, Morris:
Soziale Schichtung und Mobilität in Westdeutsch-
land. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und
Sozialpsychologie. 10.Jg., 1958, H.1, S.1 - 34.
Westdeutscher Verlag, Köln und Opladen
- (11) Jefferys, Margot:
Sociology and Medicine. Separation or Symbiosis?
In: The Lancet. Vol.I, 1969 Nr.7606, S.1111-1116
- (12) Kaupen-Haas, Heidrun:
Stabilität und Wandel ärztlicher Autorität.
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1969
- (13) Klages, Helmut:
Der Nachbarschaftsgedanke und die nachbarliche
Wirklichkeit in der Großstadt. Westdeutscher
Verlag, Köln und Opladen 1958
- (14) König, René:
Die Familie. In: Soziologie. Ein Lehr- und Hand-
buch zur modernen Gesellschaftskunde. Hrsg. von
A.Gehlen und H.Schelsky. Düsseldorf/Köln,
3.Aufl. 1955
- (15) Koos, Earl Lomon:
Metropolis - Was Stadtbewohner von ihrem Gesund-
heitswesen halten. In: Der Kranke in der moder-
nen Gesellschaft. Hrsg. von A.Mitscherlich, T.
Brocher, O.v.Mehring und K.Horn. Neue Wissen-
schaftliche Bibliothek. Kiepenheuer & Witsch,
Köln und Berlin 1967

- (16) Mayntz, Renate:
Zu einigen Fragen der Beziehung des Arztes zum Patienten. In: Hippokrates. 40.Jg., 1969, H.19, S.769-773. Hippokrates Verlag, Stuttgart
- (17) Mayntz, Renate et al.:
Soziologen im Studium. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1970
- (18) Mechanic, David:
Medical Sociology. Free Press, New York 1968
- (19) Ministry of Health. Central Health Services Council.
Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee: Human Relation in Obstetrics. Her Majesty's Stationery Office, London 1961
- (20) Ministry of Health. Central Health Services Council.
Standing Medical Advisory Committee and Standing Nursing Advisory Committee: Communication between Nurses and Patients: An Aspect of Human Relations in the Hospital Service. Her Majesty's Stationery Office, London 1963
- (21) Mitscherlich, Alexander:
Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I. edition suhrkamp 164. Suhrkamp Verlag, Frankfurt/M. 1966
- (22) Die Mutter in der deutschen Gesellschaft.
Gesamtbericht über den 63. Deutschen Fürsorgetag 1963 in München. Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Schrift 233. Eigenverlag 1964
- (23) Neuhauser, Peter:
Das Risiko, in Deutschland geboren zu werden:
In: Stern. Nr.27, 1969

- (24) Oevermann, Ulrich:
Soziale Schichtung und Begabung. In: Zeitschrift für Pädagogik. Beiheft Nr.6, 1966
- (25) Oevermann, Ulrich:
Schichtenspezifische Formen des Sprachverhaltens und ihr Einfluß auf die kognitiven Prozesse.
In: Begabung und Lernen. Gutachten des Deutschen Bildungsrates. Nr.4. Hrsg. von H.Roth. Ernst Klett Verlag, Stuttgart, 3.Aufl. 1969
- (26) Parsons, Talcott:
Soziale Klassen und Klassenkampf im Lichte der neuen soziologischen Theorie. In: T. Parsons: Beiträge zur soziologischen Theorie. Hrsg. u. eingel. von D.Rüchemeyer. Soziologische Texte 15, Luchterhand Verlag, Neuwied und Berlin 1964
- (27) Pflanz, Manfred:
Gesundheitsverhalten. In: Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Hrsg. von A.Mischerlich, T.Brocher, O.v.Mehring und K.Horn. Neue Wissenschaftliche Bibliothek. Kiepenheuer & Witsch, Köln und Berlin 1967
- (28) Pflanz, M. und M. Pinding:
Die Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizinsoziologie I. In: Die Medizinische Welt. Sonderdruck Nr.16, April 1966. (Med.Welt 17 (N.F.) 903-910, 1966). F.K.Schattauer-Verlag, Stuttgart
- (29) Pflanz, M., M. Pinding, A. Armbrüster und M. Török:
Die Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizinsoziologie III. In: Die Medizinische Welt. Sonderdruck Nr.39, September 1966. (Med.Welt 71 (N.F.) 2090-2093, 1966). F.K. Schattauer-Verlag, Stuttgart

- (30) Pfeil, Elisabeth:
Großstadtforschung. Walter Dorn Verlag, Bremen-Horn 1950
- (31) Popitz, Heinrich:
Die Ungleichheit der Chancen im Zugang zur höheren Schulbildung. In: Jugend in der modernen Gesellschaft. Hrsg. von L. v. Friedeburg. Neue Wissenschaftliche Bibliothek. Kiepenheuer & Witsch, Köln und Berlin 1965
- (32) Rhode, Jürgen J.:
Soziologie des Krankenhauses. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1962
- (33) Rhode, Jürgen J.:
Probleme des Arztberufes im Krankenhaus. In: Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Hrsg. von A.Mitscherlich, T.Brocher, O.v.Mehring und K.Horn. Neue Wissenschaftliche Bibliothek. Kiepenheuer & Witsch, Köln und Berlin 1967
- (34) Schrader-Klebert, Karin:
Die kulturelle Revolution der Frau. In: Kursbuch 17. Hrsg. von H.M. Enzensberger, Suhrkamp Verlag, Frankfurt/M. 1969
- (35) Sozialisation und Kompensatorische Erziehung.
Ein soziologisches Seminar an der Freien Universität Berlin als hochschuldidaktisches Experiment. Berliner Studienkollektiv (Hrsg.), Berlin, Juni 1969
- (36) Soziologische Daten zur Gesundheitspolitik.
Gutachten über eine Bevölkerungsumfrage in Hessen. Hrsg. vom Institut für Demoskopie Allensbach, Allensbach 1958
- (37) Young, Michael und P. Willmott:
Family and Kinship in East London. Pelican Books, 4.Aufl.1966. Penguin Books Ltd, Harmondsworth

Für die freundliche Überlassung des Themas danke ich Herrn Professor Dr. med. Hartmut Hoffbauer. Gleichzeitig danke ich ihm dafür, daß ich jederzeit seinen Rat und seine Hilfe in Anspruch nehmen durfte.

Ferner gilt mein Dank für die Unterstützung bei der Ausarbeitung der vorliegenden Arbeit Herrn Professor Dr. med. Herbert Lax, Herrn Dipl.-Soz. Jochen Schulz-zur-Wiesch, Herrn Dr. med. Manfred Stauber und Herrn Dr. phil. Johannes Siegrist.

Für hilfreiche Hinweise möchte ich mich bei Herrn Professor Dr. med. Manfred Pflanz, Herrn Dr. Jürgen Rohde und besonders bei Frau Dr. Ann Cartwright bedanken.

L e b e n s l a u f

Ich, Nanna Bleek, wurde am 5. Januar 1945 als zweites von fünf Kindern des Frauenarztes Dr. med. Hermann Bleek und seiner Ehefrau Margarethe geb. Barthel in Hoberge geboren.

Die ersten Lebensjahre verbrachte ich in Göttingen, wo ich 1951 eingeschult wurde. 1953 zogen meine Eltern nach Bielefeld um, wo ich ab 1955 das mathematisch-naturwissenschaftliche Bavink-Gymnasium besuchte und 1964 die Reifeprüfung bestand.

Im Wintersemester 1964/65 begann ich an der Universität Freiburg Medizin zu studieren. Nach bestandener ärztlicher Vorprüfung setzte ich das Studium an den Universitäten Hamburg, London und an der Freien Universität Berlin fort, wo ich im Wintersemester 1970/71 das medizinische Staatsexamen ablegte.

Während meines Studiums versuchte ich, durch Nebenfachstudium Kenntnisse in Soziologie und Sozialpsychologie zu erwerben.

Seit Mai 1971 arbeite ich als Medizinalassistentin auf der Inneren Abteilung des Universitätsklinikums Westend in Berlin.

